المشكلات النفسية للأطفال
بين
عوامل الخطورة وطرق الوقاية والعلاج

أ.د./ عماد محمد مخيمر
أستاذ علم النفس
كلية الآداب - جامعة الزقازيق

د./ هبه محمد على
مدرس علم النفس
كلية الآداب - جامعة الزقازيق

مكتبة الأنجلو المصرية

طبعة الأولى

المشكلات النفسية للأطفال
بـــين
عوامل الخطورة وطرق الوقاية والعلاج

١٥٥٫٤
م٢٤

أ.د. عماد محمد مخيمر
أستاذ علم النفس
كلية الآداب – جامعة الزقازيق

د. هبـــة محمـــد علـــى
مدرس علم النفس
كلية الآداب – جامعة الزقازيق

الناشر

الأنجلو المصرية

بطاقة فهرسة

فهرسة أثناء النشر إعداد الهيئة المصرية العامة لدار الكتب والوثائق القومية ، إدارة الشئون الفنية .

مخيمر ، عماد محمد

المشكلات النفسية للأطفال بين عوامل الخطورة وطرق الوقاية والعلاج / عماد محمد مخيمر ، هبة محمد على . ــ ط ١ . ــ

القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ٢٠٠٦ .

٣٠٦ ص ؛ ١٢ × ٢١ سم

ردمك ٤ - ٢٢٧٢ - ٠٥ - ٩٧٧

١ - الاطفال ، علم النفس

٢- علم النفس التربوى

رقم الإيداع : ٢١٩٨٣ تاريخ الإيداع ١٣ / ١١ / ٢٠٠٦

أ - على ، هبة محمد (مؤلف مشارك) ١٥٥,٤

ب- الناشر : مكتبة الأنجلو المصرية

١٦٥ شارع محمد فريد

القاهرة - جمهورية مصر العربية

ت : ٣٩١٤٣٣٧ (٢٠٢) ؛ ف : ٣٩٥٧٦٤٣ (٢٠٢)

بِسْمِ اللّهِ الرّحْمَـــنِ الرّحِيمِ

﴿ وَلْيَخْشَ الّذِينَ لَوْ تَرَكُواْ مِنْ خَلْفِهِمْ
ذُرّيّةً ضِعَافاً خَافُواْ عَلَيْهِمْ فَلْيَتّقُواّ اللّهَ
وَلْيَقُولُواْ قَوْلاً سَدِيداً ﴾

صدق الله العظيم

سورة النساء الآية ٩

إهـــداء

إلى طفلينا محمد و عمرو.........

إلى الأطفال الصامدين في الحياة

رغم كل صنوف المعـــانـــاة

المؤلفان

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة:

من الممكن القول بأننا نعيش اليوم فى عصر علم النفس الإيجابى فقد ركز علم النفس كثيراً على الجوانب السلبية لدى الإنسان مثل القلق والاكتئاب والعدوان والجريمة والإدمان قبل أن يركز على السعادة، الأمل والثقة والتفاؤل كمتغيرات أساسية تساعد الفرد على المواجهة الناجحة لضغوط الحياة ومشكلاتها، وقد تزايدت فى الآونة الأخيرة الدراسات التى تُبرز دور المتغيرات الوسيطة بين الضغوط ونواتجها فى الصحة النفسية والمرض النفسى، حيث بدأ علماء النفس فى الاهتمام بالمتغيرات النفسية والاجتماعية والتى من شأنها أن تزيد أو تقلل من إمكانية تأثر الفرد بأحداث الحياة الضاغطة لا سيما بعد ظهور دراسات أشارت إلى ضعف معامل الارتباط بين التعرض الضغوط والأمراض النفسية.

وقد بدأ بعض العلماء (Kobasa, 1979, Rutter, 1983, Garmezy, 1983, و ممدوحة سلامة ١٩٩١) فى دراسة المتغيرات النفسية والاجتماعية التى تكمن وراء احتفاظ الأشخاص بصحتهم الجسمية والنفسية رغم تعرضهم للضغوط حيث أنه إذا كان تعرضنا للضغوط أمر حتمى لا نستطيع التحكم فيه، فإننا نستطيع فى مواجهتها أن نقوى المصادر النفسية والاجتماعية التى تساعد الفرد على المواجهة وفى ذات الوقت تقلل من الآثار السلبية لهذه الضغوط.

وبالنسبة للأطفال فقد ظل علماء النفس لفترة طويلة يدرسون الأطفال الذين يعانون من مشكلات نفسية وسلوكية ومنذ فترة قصيرة وتحديداً من عام ١٩٧٩ بدأ الاهتمام بالأطفال الذين يستطيعون مواجهة الضغوط ولا يمرضون وذلك على يد مايكل راتر حيث بدأ راتر فى دراسة المتغيرات الشخصية والاجتماعية المسئولة عن شعور الأطفال بالثقة والكفاية الشخصية والاجتماعية والمرونة وسهولة التوافق مع الضغوط بل والتغلب عليها، ومنذ بداية الثمانينات بدأت تظهر فى كتابات علماء النفس مصطلحات جديدة تعبر عن إيجابية الأطفال

فى مواجهة المشكلات، مثل: مقاومة الضغوط، العوامل الواقية، عدم القابلية للإصابة بالمرض تحت الضغوط - مرونة الأنا وقدرتها على استعادة توافقها فى مواجهة الضغوط.

وقد جاءت هذه المصطلحات نتيجة لدراسة العلماء لأطفال واجهوا ضغوط وأزمات ومشكلات وخرجوا منها وهم أكثر كفاية وقدرة على مواجهة الضغوط وكانت هذه الدراسات الرائدة إيذاناً ببداية عهد جديد فى مجال الصحة النفسية للأطفال فى مواجهة الضغوط واستمرار احتفاظهم بصحتهم الجسمية والنفسية.

هذا وقد استفاد المؤلفان من كتابات الرواد فى عرض عوامل الخطورة والوقاية فى المشكلات النفسية للأطفال حيث سبق أن أشار مايكل راتر (Rutter, 1990, 1996) إلى أن بعض الكتابات التى تناولت المشكلات النفسية للأطفال يشوبها الكثير من جوانب القصور لعدم تناولها عوامل الخطورة والوقاية المتعلقة بهذه المشكلات، وأشار إلى وجود عوامل خطورة عامة وعوامل خطورة نوعية خاصة لكل مشكلة وكذلك فإن هناك عوامل وقاية عامة وعوامل وقاية نوعية خاصة بكل مشكلة قد يعانى منها الأطفال. وبناء على ما سبق فقد احتوى الكتاب على بابين نعرضهما باختصار فيما يلى:

الباب الأول ويشتمل على:

الفصل الأول: ويتناول تعريف مشكلات الطفولة وتصنيفها والنماذج المفسرة لها ومعايير تشخيصها.

الفصل الثانى: ويتناول عوامل الخطورة من حيث تعريفها وطرق تأثيرها، ومستوياتها والنظريات المفسرة لها، كما يتناول أهم مصادرها وهى الوراثة، وعوامل متعلقة بالطفل، عوامل متعلقة بالأسرة (التعرض لخبرات الفقد، الشقاق الأسرى والطلاق، التعرض لخبرات الإساءة، المعاناة الاقتصادية، إدمان الوالدين، المرض النفسى والعقلى للوالدين، السلوك الإجرامى للوالدين) كما تم فى هذا الفصل تناول بعض فوائد التعرض للضغوط فى الطفولة.

الفصل الثالث: ويتناول عوامل الوقاية النفسية من حيث مفهومها ومستوياتها والحاجة إليها ومصادرها وإنتهى هذا الفصل بنقطة جديرة بالأهمية وهى البروفيل النفسى للأطفال المقاومين للضغوط.

الباب الثانى: وقد أشتمل على بعض المشكلات النفسية فى مرحلة الطفولة حيث تم عرض الاكتئاب، اضطرابات الإخراج، القلق، قلق الانفصال، الخوف المرضى، الخوف المرضى من المدرسة، الغيرة، السرقة، الكذب، العدوان، اضطرابات النوم، اضطرابات النطق والكلام، اضطرابات الأكل، اضطرابات التعلم، اضطرابات نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد).

وبعد نتقدم بالشكر إلى:

أستاذتنا الدكتورة ممدوحة سلامة ذلك النموذج الذى يجسد كل أشكال العطاء العلمى والإنسانى فقد تتلمذنا على يديها وتعلمنا منها مهارات البحث العلمى والاهتمام باللغة كقناة لنقل الأفكار وقد كانت أول من كتب باللغة العربية عن عوامل الخطورة والوقاية وتفتحت أعيننا معرفياً على هذا الموضوع من خلالها وكل ما نملكه أن ندعو الله سبحانه وتعالى أن يمتعها بالصحة.

كما نشكر ابننا الغالي محمد الذي تعلمنا منه في رحلة تنشئته عبر عشر سنوات أن الطفل يُشارك الآباء في عملية التربية من خلال استجاباته وردود أفعاله تجاه تعليمات الأب والأم خاصة إذا كانت بينهم قناة من الحوار المشترك يُعبر فيها الطفل عن رغباته واحتياجاته وآرائه، وقد ساعدتنا آراؤه في معرفة وجهة نظر الأطفال في بعض مشكلاتهم من حيث الأسباب وكيفية الوقاية والعلاج.

وأخيراً نسأل الله سبحانه وتعالى أن نكون بهذا الجهد العلمى المتواضع قد ساهمنا فى إثراء المكتبة العربية فى موضوع جديد يستحق المزيد من البحث والدراسة.

أ.د / عمادمحمدمخيمر

د / هبهمحمدعلى

الزقازيق في ٢٠٠٦

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة

الباب الأول
الطفل بين عوامل الخطورة والوقاية

الفصل الأول : مدخل إلى دراسة المشكلات النفسية للأطفال ٣-١٤

مقدمة ٣

أولاً : تعريف مشكلات الطفولة ٤

ثانياً : تصنيف مشكلات الطفولة ٤

ثالثا : النماذج المفسرة للمشكلات النفسية للأطفال ٥

رابعاً : معايير تشخيص المشكلات النفسية للأطفال ١١

خامساً : الطفل بين عوامل الخطورة والوقاية ١٣

الفصل الثاني : عوامل الخطورة فى ظهور المشكلات النفسية للأطفال ١٧-٧٤

أولاً : تعريف عوامل الخطورة ١٨

ثانياً : طرق تأثير عوامل الخطورة ١٨

ثالثا : آثار التعرض لعوامل الخطو رة على الأطفال ١٩

رابعاً :مسـ تويات عوامل الخطو رة ٢٠

خامساً : بعض النظريات المفسرة لتـ أثيرات عوامل الخطورة ٢٣

سادسا : أهم عوامل الخطورة: ٢٥

١) الوراثة ٢٦

٢) عوامل متعلقة بالطفل ذاته ٢٧

٣) عوامل خاصة بالأسرة ٣٠

أ) التعرض لخبرات الفقد ٣٠

ب) الشقاق الأسرى والطلاق ٣٦

جـ) التعرض لخبرات الإساءة ٤٣

د) المعاناة الاقتصادية ٥٣

هـ) إدمان الوالدين ٥٨

و) المرض النفسي والعقلي للوالدين ٦٠

ز) السلوك الاجرامى للوالدين ٦٨

ح) الحماية الوالدية الزائدة ٦٩

سابعا : بعض فوائد التعرض للأزمات والضغوط وعوامل الخطورة ٧٠

الصفحة	الموضـــــــــــــوع
٧٢	ثامنا : تعليق عام على عوامل الخطورة وكيفية عملها ....
	الفصل الثالث : عوامل الوقاية النفسية ....
٧٧	مقدمة ....
٧٧	أولاً : مفهوم العوامل الواقية ....
٧٩	ثانياً: مستويات الوقاية النفسية ....
٨٠	ثالثا : الحاجة إلى الوقاية النفسية فى مرحلة الطفولة ....
٨٠	رابعاً: الإجراءات الوقائية ....
٨٤	خامساً: مصادر الوقاية النفسية ....
٨٤	١) تقدير الذات المرتفع ....
٨٨	٢) الفعالية الذاتية ....
٩١	٣) إدراك الطفل للأمن النفسى من الوالدين ....
٩٣	٤) القبول والمساندة الوالدية ....
٩٥	٥) الأمل ....
٩٦	٦) العلاقة الطيبة مع الأقران ....
١٠٠	٧) الخبرات المدرسية الإيجابية ....
١٠٢	٨) الذكاء ....
١٠٣	٩) مهارات حل المشكلات ....
١٠٣	١٠) التديـن ....
١٠٤	١١) الصحة الجسمية ....
١٠٥	سادسا : البروفيل النفسى للأطفال المقاومين للضغوط ....
	البـاب الثانى
	بعض المشكلات النفسية فى مرحلة الطفولة
١١١-١١٩	**الفصل الرابع : الاضطرابات المزاجية عند الأطفال ....**
١١١	أولاً : تعريف الاكتئاب ....
١١٢	ثانياً: عوامل الخطورة فى ظهور الاكتئاب ....
١١٣	ثالثا : النظريات المفسرة لاكتئاب الأطفال ....
١١٥	رابعاً: المظاهر الإكلينيكية لاضطرابات المزاج ....
١١٧	خامساً: العلاج ....

الموضـــــــوع	الصفحة
سادسا: الانتحـار	١١٨
الفصل الخامس : اضطرابات الإخـراج	١٢٣-١٣٢
أولاً : التبول اللاإرادي	
– التعريف	١٢٤
– مدى انتشار الاضطراب	١٢٤
– أشكال التبول اللاإرادي	١٢٤
– أسباب التبول اللاإرادي	١٢٦
– الآثار المترتبة على التبول اللاإرادي	١٢٧
– علاج التبول اللاإرادي	١٢٨
ثانياً: التبرز اللاإرادي	١٢٩
– التعريف	١٢٩
– معدل الانتشار	١٣٠
– الأسبـاب	١٣٠
– الآثار المترتبة على التبرز اللاإرادي................................	١٣١
– العلاج	١٣٢
الفصل السادس : القـــلق	١٣٥-١٣٨
أولاً : تعريف القلق	١٣٥
ثانياً: القلق بين التوجهات النظرية المختلفة	١٣٥
ثالثا : عوامل الخطورة فى ظهور القلق	١٣٧
رابعاً: أعراض القلق	١٣٧
الفصل السابع : قلق الانفصال	١٤١-١٤٦
أولاً : تعريف قلق الانفصال	١٤١
ثانياً: معدل انتشار قلق الانفصال	١٤٢
ثالثا : المحكات التشخيصية	١٤٢
رابعاً: أسباب قلق الانفصال	١٤٣
خامساً: أعراض قلق الانفصال	١٤٥
سادسا: علاج قلق الانفصال	١٤٦

تابع فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
الفصل الثامن : الخوف المرضى	١٤٩-١٥٥
أولاً : تعريف الخوف المرضي	١٤٩
ثانياً: نسب الانتشار	١٥٠
ثالثا : أشكال الخوف المرضي	١٥٠
رابعاً: عوامل الخطورة في ظهور الخوف المرضي عند الأطفال	١٥٢
خامساً: التوجهات النظرية المفسرة لمخاوف الأطفال	١٥٣
سادسا : معايير تشخيص المخاوف المرضية	١٥٤
سابعاً : أعراض المخاوف المرضية	١٥٤
ثامناً: الآثار المترتبة على الخوف المرضي	١٥٥
الفصل التاسع : الخوف المرضى من المدرسة	١٥٩-١٦٨
أولاً : تعريف الخوف المرضي من المدرسة	١٦٠
ثانياً: أعراض الخوف المرضي من المدرسة	١٦١
ثالثا : أسباب الخوف المرضي من المدرسة	١٦٢
رابعاً: الوقاية والعلاج من الخوف المرضي من المدرسة	١٦٦
الفصل العاشر : الغيرة	١٧١-١٧٤
أولاً : تعريف الغيرة	١٧٢
ثانياً: النظريات المفسرة للغيرة	١٧٢
ثالثا : الآثار المترتبة على الغيرة	١٧٣
رابعاً: عوامل الخطورة في ظهور الغيرة	١٧٤
خامساً: علاج الغيرة والوقاية منها	١٧٤
الفصل الحادى عشر : السرقة	١٧٧-١٨٢
أولاً : تعريف السرقة	١٧٨
ثانياً: أشكال السرقة	١٧٨
ثالثا : عوامل الخطورة وراء سرقة الأطفال	١٧٩
رابعاً: الوقاية من السرقة وعلاجها	١٨١
الفصل الثانى عشر : الكذب	١٨٥-١٨٩
أولاً : تعريف الكذب	١٨٦
ثانياً: أسباب الكذب	١٨٦

الموضوع	الصفحة
ثالثا : أنواع الكذب عند الأطفال	١٨٧
رابعاً: الوقاية والعلاج من الكذب	١٨٨
الفصل الثالث عشر: العدوان	٢٠٠–١٩٣
أولاً : تعريف العدوان	١٩٤
ثانياً: الاستهداف للعدوان	١٩٤
ثالثا : الآثار المترتبة على العدوان	١٩٥
رابعاً: عوامل الخطورة في العدوان	١٩٧
خامساً: أشكال العدوان	١٩٩
سادسا : سبل مواجهة العدوان والتقليل منه	١٩٩
الفصل الرابع عشر : اضطرابات النوم لدى الأطفال	٢١٩–٢٠٣
أولاً : تعريف النوم	٢٠٤
ثانياً: وظائف النوم	٢٠٤
ثالثا : العدد المثالي لساعات النوم	٢٠٥
رابعاً: أسباب اضطرابات النوم	٢٠٥
خامساً: أهم أنواع اضطرابات النوم	٢٠٦
١) مقاومة الذهاب إلى النوم	٢٠٧
٢) قلة النوم	٢٠٧
٣) الخدر	٢٠٨
٤) الأرق	٢٠٨
٥) الكابوس والفزع الليلي	٢١٠
٦) فرط النوم	٢١٢
٧) اضطراب المشي أثناء النوم	٢١٢
سادسا : نصائح لنوم صحي سليم لدى الأطفال	٢١٤
الفصل الخامس عشر : اضطرابات النطق والكلام	٢٢٤–٢١٩
أولاً : وظائف اللغة	٢٢٠
ثانياً: مراحل اكتساب اللغة	٢٢٢
ثالثا : النظريات المفسرة لاكتساب اللغة	٢٢٥
رابعاً: عوامل الخطورة في اضطراب الكلام	٢٢٧

الموضوع	الصفحة
خامساً: من أنواع عيوب النطق	٢٢٩
١) الخمخمة	٢٢٩
٢) الثأثأة	٢٣٠
٣) الحذف	٢٣٠
٤) اللجلجة أو التهتهة	٢٣١
الفصل السادس عشر : اضطرابات الأكل	٢٣٧-٢٥٨
أولاً : التغذية والنمو والتعلم	٢٣٨
ثانياً: تعريف اضطرابات الأكل	٢٣٨
ثالثا : بعض مشكلات الأكل لدى الأطفال	٢٣٩
١) المشكلات المتعلقة بالرضاعة والفطام	٢٣٩
٢) فقدان الشهية العصبى	٢٤٣
٣) الشره العصبى	٢٤٧
٤) أكل مواد غير صالحة للأكل	٢٥٠
٥) البدانة	٢٥٢
الفصل السابع عشر : اضطرابات التعلم	٢٥٩-٢٧١
أولاً : تعريف اضطرابات التعلم	٢٥٩
ثانياً: محكات التعرف على ذوى اضطرابات التعلم	٢٦٠
ثالثا : السمات العامة لذوى اضطرابات التعلم	٢٦١
رابعاً: أسباب اضطرابات التعلم	٢٦٢
خامساً: أنواع اضطرابات التعلم	٢٦٥
١) اضطرابات القراءة	٢٦٥
٢) اضطرابات القدرة الحسابية	٢٦٨
٣) اضطرابات الكتابة التعبيرية	٢٧١
الفصل الثامن عشر : اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد	٢٧٥-٢٨٦
أولاً : التعريف	٢٧٦
ثانياً: أهمية عملية الانتباه فى التربية	٢٧٦
ثالثا : أعراض الاضطراب	٢٧٧
رابعاً: خصائص الأطفال الذين يعانون من الاضطراب	٢٧٩
خامساً: العوامل المؤدية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد	٢٨٠
سادساً : دور الأسرة والمعلم فى التعامل مع الأطفال المصابين بنقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد	٢٨٣
المراجع	٢٨٩

الباب الأول

الطفل بين عوامل الخطورة والوقاية

الفصل الأول : مدخل إلى دراسة المشكلات النفسية للأطفال

الفصل الثاني : عوامل الخطورة في ظهور المشكلات النفسية للأطفال

الفصل الثالث : عوامل الوقاية النفسية

الفصل الأول

مدخل إلى دراسة المشكلات النفسية للأطفال

مقدمة

أولاً : تعريف مشكلات الطفولة

ثانياً: تصنيف مشكلات الطفولة

ثالثا : النماذج المفسرة للمشكلات النفسية للأطفال

رابعاً: معايير تشخيص المشكلات النفسية للأطفال

خامساً: الطفل بين عوامل الخطورة والوقاية

الفصل الأول

مدخل إلى دراسة المشكلات النفسية للأطفال

مقدمة:

مرحلة الطفولة هي المرحلة التي مازالت مليئة بالأسرار ومازال البحث النفسي يبذل كل طاقاته من أجل كشف أسرارها، فهي منطقة تبدو في ظاهرها ناعمة جميلة، ولكن في باطنها تبدو أنها منطقة وعرة شائكة.

والطفولة عادة "فترة سعيدة" في حياة الإنسان، وينبغي أن تكون هكذا باعتبارها مرحلة الأساس في بناء الشخصية لتأكيد ما قررته النظريات ونتائج البحوث عن الأهمية الكبيرة لخبرات الطفولة في نمو الصحة النفسية للفرد والمجتمع. ويتصف النسق النمائي للفرد بعمليات من التوازن واختلال التوازن، وذلك كنتيجة لمدى توافق الفرد في مرحلة عمرية معينة وما تتصف به من تغيرات مميزة مع البيئة بما تفرضه من ضغوط ومدى ما تحققه من مطالب نمو الفرد في تلك المرحلة . وإذا كان لكل مرحلة عمرية طبيعتها التي تتمثل في التغيرات النمائية المتوقعة وفي مطالب النمو وشروط الرعاية الواجب تحقيقها، فإن لكل مرحلة صعوباتها المحتملة التي قد يتعرض لها الفرد في مرحلة معينة نتيجة للتناقض أو اختلال التوازن بين طبيعة التغيرات النمائية المتوقعة في تلك المرحلة ومتطلباتها من الرعاية من ناحية، والضغوط الاجتماعية المفروضة على الطفل من ناحية أخرى.

وبناء على نظرية *"اريكسون" Erikson (١٩٥٩)*، فإن النمو في الطفولة هو فترات من "الأزمات المحتملة" Potential crisis التي تظهر في عدد من المشكلات السلوكية التي يمكن أن تتحول من مشكلات عادية إلى مشكلات غير عادية أو مرضية إذا لم تلق حاجات النمو عند الطفل رعاية وإشباعاً مناسبين. *(فيولا الببلاوي ١٩٩٠ :)*(*).

ويشير *عادل صادق (١٩٨٩)* إلى أن مشكلات الطفل ليست كالكبير، فالطفل لا يستطيع أن يعبر عن مكنونات نفسه ولا يستطيع أن يصف ألمه النفسي – خاصة في السنوات المبكرة من عمره – ولهذا فإن معاناته النفسية تأخذ أشكالاً أخرى في التعبير: فقد يضطرب نومه، أو يفقد شهيته، أو يصاب بالتبول أو التبرز اللاإرادي أو يتلعثم في الكلام، أو يكذب أو يسرق أو يهرب من المنزل أو المدرسة، أو يصير عدوانياً.. الخ، وهذه الأعراض تعني أن هذا الطفل غير سعيد ويحتاج إلى مساعدة متخصصة. *(عادل صادق ١٩٨٩ : ٢٥٣)*

(*) سيتم اتباع الطريقة الآتية في التوثيق : اسم المؤلف أو الباحث، السنة، الصفحات.

ويشير راتر (Rutter, 1980 : 17) إلى أن نسبة من ٥ : ١٥ ٪ من الأطفال قد يعانون من مشكلات نفسية شديدة تعوق نموهم وتتطلب التدخل الوقائى او العلاجى وإلا فإنه من المحتمل أن هؤلاء الأطفال قد يصبحون مرضى أو مدمنين أو مجرمين ويحرمون المجتمع من طاقتهم ، وقد يمثلون تهديداً للمجتمع ذاته ، ما لم تتدخل عوامل الوقاية للتخفيف من وقع الضغوط عليهم . ورغم الافتراض الشائع لدى علماء النفس عن أهمية مرحلة الطفولة ككل باعتبارها " فترة حرجة" تؤثر خبراتها فى مسار نمو الطفل فى المراحل التالية، فإن هناك من الباحثين ممن يتحفظون إزاء تلك القضية ويؤكدون "قابلية الطفل لاستعادة توافقه وتحسنه" Child Resiliency نتيجة لتحسن الظروف المحيطة به، بعد أن يكون قد تعرض لخبرات غير مناسبة تؤدى إلى سوء توافق يظهر فى عديد من المشكلات السلوكية نتيجة لقصور أو أخطاء فى التنشئة والرعاية. *(فيولا الببلاوى، ١٩٩٠ : ٤)*

ولذلك فإننا سوف نعرض فى الفصول اللاحقة عوامل الخطورة وعوامل الوقاية المؤثرة فى نمو الطفل وفى ظهور المشكلات النفسية لديهم .

أولاً : تعريف مشكلات الطفولة:

مشكلات الطفولة هى *"عبارة عن صعوبات جسمية، أو نفسية أو اجتماعية تواجه بعض الأطفال بشكل متكرر، ولا يمكنهم التغلب عليها بأنفسهم أو بإرشادات وتوجيهات والديهم ومدرسيهم، فيسوء توافقهم ويعاق نموهم النفسى أو الاجتماعى أو الجسمى، ويسلكون سلوكاً غير مناسب لسنهم أو غير مقبول اجتماعياً، وتضعف ثقتهم بأنفسهم، ويسوء مفهومهم عن أنفسهم وعن الآخرين، وتقل فاعليتهم فى المواقف الاجتماعية، وتضعف قابليتهم للتعلم والتعليم والاكتساب، ويحتاجون إلى رعاية خاصة على أيدى متخصصين فى مجالات الصعوبات التى يعانون منها " . (محمود عوده وكمال مرسى، ١٩٨٦)*

ثانياً : تصنيف مشكلات الطفولة:

جاء تصنيف مشكلات الطفولة فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للجمعية الأمريكية للطب النفسى Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders على النحو التالى:

١- مشكلات متعلقة بصعوبات التعلم (قراءة – حساب – تعبير كتابى ... الخ).

٢- اضطراب المهارات الحركية.

٣- اضطرابات التواصل (اضطراب التعبير اللغوى - اضطراب الفهم - اضطراب النطق التأتأة).

٤- اضطراب نقص الانتباه (عدم الانتباه - فرط النشاط الاندفاعية - اضطراب السلوك).

٥- اضطرابات التغذية والأكل (الهزال - النهم- السمنه - أكل الأشياء غير الصالحة للأكل).

٦- اضطراب اللزمات (اللوازم الحركية - الصوتية).

٧- اضطرابات الاخراج (التبول اللاإرادى - التبرز اللاإرادى).

٨- اضطرابات القلق (قلق الانفصال - القلق الاجتماعى).

٩- ذهان الطفولة.

١٠- الاضطرابات المزاجية (الاكتئاب).

ثالثاً : النماذج النظرية المفسرة للمشكلات النفسية لدى الأطفال:

تعددت النماذج المفسرة لاضطرابات الأطفال وهذه النماذج لا تعبر عن أصحابها بقدر ما تعبر عن النظريات والتوجهات التى ينتمون إليها كما أن معظم هذا النماذج تفسر جوانب محددة من السلوك وقد لا تنطبق على جوانب أخرى، مما يتطلب أن تكون هناك نظره تكاملية لها.

وأهم هذه النماذج ما يلى:

١- النموذج البيولوجي (الطبى):

ويركز هذا النموذج على أن هناك متغيرات محددة تؤدى إلى نشأة الاضطرابات العقلية والنفسية منها تعرض الأم أثناء الحمل إلى نقص التغذية ونقص الرعاية وتعرضها للإشعاعات (أشعة اكس) وتناولها لبعض العقاقير دون إشراف طبى وحالتها الانفعالية كلها عوامل خطورة على الطفل كذلك تؤثر إصابات الولادة والولادة غير المكتملة إلى خلل عضوى ووظيفى وسلوكى مستقبلا كما يؤثر أيضا اضطراب وظائف المخ والأورام الخبيثة والتعرض للضغوط النفسية الشديدة.*(محمد عبد الظاهر الطيب، ١٩٨٨ : ١٤ - ٣٢)*

من هنا نرى أن أصحاب هذا النموذج يركزون على أن الخلل النفسى ناتج عن خلل بيولوجى أو كيميائى ورغم أن لهذا النموذج وجاهته إلا أنه غير كاف بمفرده لتفسير التنوع الهائل فى اضطرابات السلوك والأمراض النفسية.

٢- النموذج السيكودينامي:

- فرويد:

يعتقد النموذج السيكودينامي في مبدأ الحتمية النفسية. *(صلاح مخيمر، ١٩٨١)* حيث إنه وراء كل سلوك دائماً سبب لاشعوري يمكن معرفته، ويرى فرويد أن هناك صراعاً مستمراً بين الهو وبين الأنا والأنا الأعلى، حيث يمثل الهو الجانب الغريزي والأنا الجانب الواقعي والأنا الأعلى الجانب الأخلاقي، ويرى فرويد أن الانطباعات المتعلقة بالطفولة رغم أن معظمها طواه النسيان إلا أنها تترك آثاراً على نمو الفرد لا يمكن محوها، بل وتضع أساساً لأية اضطرابات نفسية لاحقة، كذلك فإن كبت الخبرات الصدميه يؤدي دوراً بالغاً في العصاب، إذ يجعل الفرد يعاني من القلق في المواقف المشابهة حتى ولو كانت الأنا بوسعها أن تتغلب على الصدمات، لذا فبدلاً من أن يقوم الفرد بمعالجة القلق بطريقة فعالة فإنه ينكص إلى الموقف الصدمي الأول حيث كانت الأنا عاجزة أمام هذا القلق الغامر، كذلك قد تلجأ الأنا لاستخدام حيلها الدفاعية من إنكار وتبرير ... الخ، كما يمثل عدم القدرة على تخطي الموقف الأوديبي أساسٌ للكثير من الأمراض النفسية.

(ممدوحة سلامة وعبد الله عسكر، ١٩٩٥ : ٤٨)

- اريكسون:

أما *إريك اريكسون* *(Erikson , 1980 : 52 - 67)* فقد ركز على علاقة الطفل بالمجتمع وعلى إمكانية أن يتجاوز الطفل في مرحلة نمائية معينة جوانب القصور في المرحلة السابقة، وفي هذا الإطار يشير اريكسون إلى أن إشباع حاجات الطفل الأساسية من طعام ودفء وغيرها تخلق لدى الطفل إحساساً بالأمن والثقة المطلقة في ذاته حيث يدرك نفسه على أنه يستحق الرعاية والتقدير، ويرى العالم على أنه مكان آمن ومستقر، ويرى من فيه على أنهم معطاؤن يمكنه الوثوق فيهم ويضع هذا الإحساس بالأمن قاعدة لنجاح الفرد وإنجازاته وقدرته على تحمل الإحباطات (الفطام – ضبط الإخراج – الذهاب إلى الحضانة .. الخ). بينما الرفض والرعاية غير الملائمة يجعلان الطفل يشعر بعدم الأمن وعدم الثقة والتوجس تجاه العالم والآخرين.

- بولبي:

يرى بولبي أن من أول أسس الصحة النفسية للطفل أن تكون له علاقة حميمة مستمرة بأمه، والتي تعطي لكليهما إشباعاً ومتعة، كما أن حب الأم لطفلها في هذه المرحلة

الحساسة من نموه بالنسبة لصحته النفسية يعادل أهمية الفيتامينات والبروتينيات بالنسبة لصحته الجسمية. (في مايكل راتر، ١٩٩١ : ٨١)

ويشير *بولبي (Bowlby, 1980 : 229)* وكذلك *(Bowlby, 1988 : 121)* في كتابه *قاعدة أمن A seure Base* إلى أن التواجد النفسي والبدني للوالدين والمتمثل في إشباع حاجات الطفل الأساسية وإشعاره بالحب والاهتمام والرعاية والحماية، واللعب معه وفرض ضوابط معقولة ومتسقة عليه تجعله يكون صيغة معرفية Schema عن ذاته أنه محبوب وذو قيمه Valuable ويستحق الرعاية Worth of care والثقة Trustworthy ويكون النموذج التصوري لديه عن الآخرين أنهم يقدرونه ويحبونه ويحترمونه، وبالتالي يمكنه الوثوق بهم، بينما إدراك الطفل لعدم حب الوالدين له أو عدم احترامهما له أو إهمالهما له أو تحكمهما فيه تتكون لديه نماذج معرفية سلبية عن ذاته ومستقبله والآخرين، فيكون تصوره عن ذاته (غير محبوب، ليس له قيمة، لا يستحق الرعاية، غير جدير بالثقة). كما يتوجس من الآخرين ويشعر بالتهديد والقلق منهم، ويدرك أنهم لا يحبونه ولا يمكنه الوثوق فيهم، وتمتد هذه النظرة السلبية إلى المستقبل فيشعر بفقدان الأمل والتشاؤم وبالتالي تزداد المشكلات النفسية لديه، وهذه الرؤية تتفق في جانب كبير منها مع رؤية *اريكسون* لنشأة الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية.

٣- النموذج السلوكي:

على عكس النموذج السيكودينامي الذي يؤكد الحتمية النفسية فإن النموذج السلوكي يؤكد الحتمية البيئية بمعنى أن السلوك محتوم بالتدعيمات ، فالشخصية هي نتاج مدعمات إيجابية وسلبية، وأن التاريخ التدعيمي للفرد هو الذي يحدد شخصيته، كما يرى أصحاب نظريات التعلم أن السلوك غير السوي هو نتاج لانماط التعلم الخاطئة وأن علاج المشكلات السلوكية وتعديلها يخضع أيضاً لمبادئ التعلم. ويؤخذ على هذا النموذج عدم اعترافه بالعمليات النفسية والمعرفية التي تتوسط بين إدراكنا للمثير وبين استجاباتنا للأحداث والعالم الخارجي، كما يؤخذ عليه تجاهله للعوامل البيولوجية التي قد تتدخل في تعلم أو إبطال تعلم سلوك معين. *(Engler, 1995 : 205)* وهذا ما أكدته نظرية التعلم الاجتماعي *لباندورا* في تأكيدها دور العوامل الوسيطة بين المثيرات والاستجابات وفي تأكيدها التعلم بالملاحظة أو التعلم بالانموذج الذي قد يفسر بعض جوانب المشكلات السلوكية (الكذب – السرقة – الغش) التي قد يقلد فيها الطفل نموذجاً محبباً إليه وهذا قد يقابل فكرة التوحد عند فرويد. *(جمال الخطيب، ١٩٩٠ : ٢٩)*

٤- النموذج المعرفي:

يرى أصحاب المنظور المعرفي *(اليس وبيك وكلارك Ellis, Beck, Clark)* أن الناس لا يضطربون من الأحداث ولكن من وجهات نظرهم التي يتخذونها بصدد هذه الأحداث، كما يؤكدون أن هناك علاقة وثيقة بين المعرفة والانفعال والسلوك، فعندما يفكر الإنسان فإنه ينفعل ويسلك، وعندما ينفعل الإنسان فهو يفكر ويسلك.

(ممدوحة سلامة ، ١٩٨٩ : ٤١ – ٥٢)

ولقد تأثر رواد التوجه المعرفي بكتابات أدلر Adler حيث أشار أدلر إلى أن الصحة النفسية والعصاب يرتبطان بصورة أساسية ومباشرة بأفكار الفرد ومعتقداته واتجاهاته وفلسفاته، كما أن سلوك الفرد وانفعالاته يتوقفان بصفة أساسية على كيفية تقييم الفرد وتفسيره وتقديره لما يمر به من خبرات وما يضفيه على هذه الخبرات من دلالات ومعان.

(Ellis, 1973 : 114 - 126)

ويرى *أدلر* كذلك أن أفكار الفرد ومعتقداته لا تحددان انفعاله وسلوكه فحسب و تحددان اتجاهاته نحو ذاته ومشكلاته وبيئته وحياته بل واتجاهاته نحو العالم ككل. *(Ellis, 1973 : 113 - 114)* ، وباختصار يرى ادلر "أن سلوك الشخص ينبع من أفكاره " A person's Behavior Springs from his Ideas"

ويؤكد *بيك وآخرون (Beck et al, 1987, 178 - 183)* أن الاضطراب الانفعالي إنما يعود إلى اضطراب التكوين المعرفي للفرد من (أفكار – تفسيرات – تخيلات)، فالتكوين المعرفي الذي يتسم بالاحكام التلقائية السلبية تجاه الذات والعالم والمستقبل، الشعور بانخفاض قيمة الذات، والشعور بالفشل والتشاؤم والتركيز انتقائياً على الجوانب السلبية من الموقف، هذا التكوين يرتبط بالاكتئاب. *(Greenberg & Beck, 1989 : 9 - 13)*

أما التكوين المعرفي الذي يتسم بالمبالغة في تقدير الأخطار والتوقع المستمر للشر والانشغال الزائد بتوقع الأخطار والشر، مما يجعل الفرد في حالة قلق مستمر، و يجعله يبالغ في تقدير الخطر في أي موقف، ويقلل من قدرته على مواجهة هذا الخطر، وهذا يجعله يحرف الخبرات التي يمر بها في اتجاه التوقع المستمر للخطر في الحاضر والمستقبل.

(Beck et al, 1987 : 119 - 183)

ويشير *بيك (Beck, 1997 ; 343 - 354, 1976 : 85 - 140)* أن اضطراب التكوين المعرفي يرتبط بتعرض الأطفال لخبرات ضاغطة (فقد أحد أفراد الأسرة – الرفض – العقاب.. الخ). وفي أحدث كتاباتهم يشير رواد التوجه المعرفي إلى أن اضطراب محتوى التكوين

المعرفي لا يرتبط بالقلق والاكتئاب فقط ولكن أيضاً بالمخاوف المرضية والوساوس القهرية وتوهم المرض وإدمان المخدرات *(Scott et al, 1989)* وقد لاقت أفكار التوجه المعرفي الكثير من القبول والاهتمام والانتشار سواء الأفكار المتعلقة بالنظريات أم الفنيات العلاجية وذلك لتركيز هذا التوجه على أكثر العلميات الإنسانية تفرداً وهى التفكير بالإضافة إلى فاعلية الفنيات المعرفية وإخضاع النظريات المعرفية للتحقق التجريبي.

٥- النموذج الانساني:

إذا كان التحليل النفسي يؤكد الحتمية النفسية وتأثير الأحداث الماضية، وكانت السلوكية تؤكد الحتمية البيئية وتأثير المدعمات، فإن التيار الإنساني يؤكد أن الإنسان خير بفطرته ومدفوع لتحقيق إمكاناته الكامنه، ويتفق هنا النموذج الإنساني مع النموذج المعرفي في تأكيده دور المعرفه والإدراك، فالإنسان يستجيب للأحداث وفقاً لكيفية إدراكه وتقديره وتفسيره لها، ولذلك لا يمكن فهم سلوك الفرد دون الرجوع إلى إطاره المرجعي الذاتي. *(Engler, 1995 : 340 - 345)*، كما تؤكد مفاهيم النموذج الإنساني حرية الإرادة والاختيار، فالإنسان يمكنه الاختيار بين بدائل متعددة، وهو صانع لحياته وأفعاله، وليس مجرد كائن سلبي وتحركه الأحداث البيئية، أو يستجيب لدوافعه اللاشعوريه. (*ممدوحة سلامة وعبد الله عسكر، ١٩٩٥ : ٣٣*) ، ويتبنى رواد التوجه الانساني مفهوم الصيروره Becoming وهى التغير الشخصي من فترة لأخرى من خلال توجه إلى Oriention toward وغاية ما ننشده أن يكون استمرار هذا التغير في اتجاه إيجابي فيصبح الفرد أكثر قدرة وكفاية وفاعلية ونمواً، ويكمن وراء هذه الصيرورة النمائية ما يتبناه الفرد من هدف نهائي Endgoal ويمثل تحقيق الذات هدفاً رئيسياً لدى الإنسانيين، فالإنسان يسعى إلى أن ينمو ويتحسن ويصبح أكثر مقدرة، ويعبر عن نفسه، ويحقق إمكاناته الكامنة، ويثبت ذاته ككائن إنساني. (*طلعت منصور ١٩٨٢ : ٨*)

وينشأ المرض النفسي لدى الإنسانيين عندما لا يمارس الفرد إرادته أو اختياره وعندما لا يحقق الفرد ذاته أو عندما تخلو حياة الإنسان من المعنى وفي هذا الإطار يشير فيكتور فرانكل إلى أن "الإنسان الذي يعتبر حياته جوفاء من المعنى ليس سعيداً فحسب ولكنه يكاد يكون غير صالح لأن يعيش". (فيكتور فرانكل ترجمة طلعت منصور ١٩٨٦)

ويرى *ماسلو* أن المشكلات النفسية تنشأ عندما لا يحقق الفرد حاجاته الأساسية من حاجات فسيولوجية وحاجة إلى الأمن والانتماء وتقدير الذات فمثل هذا الشخص لا يستطيع أن يحقق ذاته أو ينجح في حياته ويعاني من المشكلات، فالشخص غير الآمن مثلاً لديه

اعتقاد بوجود أخطار وكوارث تهدده ويشعر تجاه هذه الأخطار بالعجز وعدم الكفاية، مما يجعل تقديره لذاته منخفضاً، ويجعله يشعر بقلق مستمر ويعوقه عن تحقيق ذاته. *(Maslow, 1970, 149 - 181)*

٦- النموذج الثقافي الاجتماعي:

وهو يركز على عوامل البيئة الثقافية والاجتماعية الكامنة وراء السلوك غير السوى ويركز هذا النموذج على الانماط المعقدة للتفاعل داخل الشبكة الاجتماعية، والفكرة الرئيسية لهذا النموذج أن السلوك اللاسوى هو نتاج خلل فى التفاعلات في إطار الثقافة أو البيئة أو تغير فى البيئة ذاتها. أو عدم ملاءمة البيئة الاجتماعية ومن أهم مسببات المشكلات النفسية ما يلي:

١- التمييز العنصرى وتفضيل فرد أو مجموعة أو لون معين.

٢- الفقر والحرمان وسوء التغذية.

٣- الحرمان من التعليم.

٤- القسوة فى التعامل وكبت الحريات حيث يضطر الطفل إلى مسايرة الآخرين ولا يكون ذاته مما يمثل بذرة للأمراض النفسية بل والعقلية أيضاً وهذا قد يحدث داخل الأسرة أو جماعات الرفاق أو داخل المجتمع.

٥- اضطراب شبكة العلاقات داخل الأسرة مثل (الطلاق – الانفصال – غياب الأب بالسفر– عمل الأم وتغيبها لفترات طويلة عن المنزل).

٦- سوء الظروف الاجتماعية والبيئية (ضيق السكن – الضوضاء – سوء التهوية – الازدحام).

فمثلاً ضيق المسكن يترتب عليه أن ينام بعض الأطفال مع والديهم فى حجرة واحدة مما يعرضهم لخبرات صدميه نتيجة لرؤيتهم العلاقة الحميمة بين الوالدين فضلا عن كونهم عرضة للعدوى لبعض الأمراض ، وقد يضطر هؤلاء الأطفال للهروب خارج المنزل. (ظاهرة أطفال الشوارع) *(نبيله الشوربجى، ٢٠٠٣ : ١٠٤)*

تعقيب على النماذج النظرية المفسرة للمشكلات النفسية للأطفال:

من العرض السابق يتضح أن كل نموذج من النماذج السابقة يهتم بجانب من جوانب الشخصية أو السلوك ولا يهتم بالجوانب الأخرى فالنموذج الطبى يؤكد المصادر الجسمية والعصبية للاختلال الوظيفي، بينما يؤكد النموذج السيكودينامى العمليات اللاشعورية والصراع والحيل الدفاعية، ويؤكد النموذج السلوكى دور المثيرات والاستجابات

والمدعمات في اكتساب السلوك غير السوى ويركز النموذج الاجتماعي الثقافي على الظروف البيئية والثقافية غير الملائمة والمسببة للمشكلات النفسية، أما النموذج الإنساني فيركز على الخبرة الذاتية وتحقيق الذات والمعنى في حياة الفرد، ويتفق النموذج الإنساني مع النموذج المعرفي في تأكيد دور اضطراب الإدراك واضطراب المعرفة في الاضطراب الانفعالي.

ونظراً لأنه لا يوجد نموذج من النماذج السابقة يتسع ويشمل كل العوامل المسببة للأمراض النفسية والعقلية فينبغي أن يكون هناك تكامل في المعرفة وأن ننظر للظاهرة في إطار متكامل، وفاعلية أي نموذج من النماذج السابقة يتوقف على مدى قابليته للتحقيق ومدى قدرته على التنبؤ بالسلوك.

رابعاً : معايير تشخيص المشكلات النفسية للأطفال :

تختلف معايير تشخيص المشكلات النفسية للأطفال عن معايير تشخيص المشكلات النفسية لدى الكبار ، وأهم هذه المعايير ما يلي :

١- العمر : بعض أنواع السلوك التي قد تُقبل في مرحلة عمرية معينة ، قد لا تقبل في مرحلة أخرى ، على سبيل المثال فإن التبول اللاإرادي قد يوجد عند الأطفال حتى سن الرابعة أو الخامسة ، ولكنه قد لا يشيع ولا يُقبل عند طفل العاشرة ، وكذلك قلق الانفصال قد يُقبل من الطفل ، ولكنه قد لا يقبل من المراهق الذي يسعى إلى الاستقلالية وتحقيق الهوية.

٢- الاستمرارية : Persistance : بعض الأطفال يخافون أو تنتابهم نوبات غضب لبعض الوقت ،ولكن قد لا تستمر هذه النوبات لفترة طويلة إلا أن استمرارها قد يكون مؤشراً للحاجة إلى التدخل العلاجي ، كذلك فإن مقاومة الطفل وعدم رغبته في الذهاب للمدرسة لمرة أو مرتين في الشهر قد لا يمثل مشكلة، ولكن المشكلة هي إصراره على عدم الذهاب إلى المدرسة مما يشكل خطراً على مستقبله.

٣- ظروف الحياة : Life Circumstaces : من الشائع أن يتعرض كل الاطفال لظروف حياتية ضاغطة مما يتطلب منهم المرونة والتوافق مع هذه الظروف ، وهذا معناه أن عملية النمو قد يقابلها بعض الصعوبات والعقبات بسبب ظروف الحياة المتغيرة ، ولذلك فمن المتوقع أن يتبع تغير ظروف الحياة تغير في سلوك الطفل وارتداده إلى أنماط سلوكية غير ناضجة ، وهذا طبيعي ومتوقع،

فعلى سبيل المثال فإن ميلاد شقيق جديد للطفل قد يجعله ينكص إلى أنماط سلوكية تخلص منها " مص الأصابع ، التبول اللاإرادي ..الخ" كما يحاول أن يلفت نظر الآخرين إليه بهذه الأنماط السلوكية النكوصية ، وهذا قد يحدث أيضاً في مواجهة المواقف الجديدة ، مثل : الالتحاق بالمدرسة وغيرها حيث يتزايد الشعور بالقلق لدى الطفل .

٤- البيئة الثقافية والاجتماعية : لا يمكن تقييم مدى سواء أو لا سواء سلوك معين بشكل مطلق ، ولكن لا بد من وضع هذا السلوك في الإطار الثقافي والاجتماعي للطفل .

٥- شدة وتكرار الأعراض : فهي مؤشر لوجود مشكلة ما لدى الطفل ، فمثلاً نوبة الغضب قد تنتاب بعض الأطفال لمدة بسيطة " دقيقة أو دقيقتين " وهذا شائع إلا أن إلقاء الطفل بنفسه على الأرض وصراخه لمدة طويلة وتكرار هذا السلوك عدة مرات في اليوم هو مؤشر على وجود مشكلة نفسية لديه .

٦- الضرر Impairment : الناتج عن سلوك الطفل ، وهذا المحك معناه أن المشكلات النفسية قد يمكن تشخيصها عندما تعوق النمو الجسمي والنفسي والاجتماعي والانفعالي للطفل ، ويظهر هذا في المجالات الآتية :

- المعاناة : بمعنى هل سلوك الطفل يجعله يشعر بالمعاناة أم لا ، فمثلاً الطفل الذي يحجم عن الانضمام للأطفال الآخرين هل لديه شعور بالكفاية الذاتية ، أم أنه يشعر بالقلق وعدم الرضا لعدم انضمامه لهم، وكذلك هل عدوان الطفل هو نتيجة لشعوره بالإحباط أم هو رد عدوان أم توكيدية .
- التدخل في جوانب النمو ، فالطفل بحاجة إلى النمو النفسي وإلى مواجهة أزمات الحياة وهو في سبيل ذلك يتعلم التمكن Mastery والتعامل الفعال مع البيئة ، والأعراض المرضية تعوقه عن ذلك ، ولذلك فإن التساؤل هو هل الأعراض المرضية تعوق الطفل عن النمو السليم ؟ بمعنى هل السلوك الذي يقوم به الطفل " الانسحاب الاجتماعي مثلاً أو العدوان " قد يضر نموه الاجتماعي وعلاقته مع الآخرين أم لا .

- **التأثير على الآخرين : بمعنى هل سلوك الطفل " العدوان مثلاً " أثر على الآخرين وسبب لهم الضرر أم لا ، حيث إن تضرر الآخرين من سلوك الطفل قد يجعلهم يحجمون عن التفاعل معه .**

(Rutter , 1980 : 18-24 , Gelfand et al., 1997 : 9-14)

خامساً : الطفل بين عوامل الخطورة والوقاية "

تزايدت في الآونة الأخيرة الدراسات التي تبرز دور المتغيرات الوسيطة Mediating Variables بين الضغوط ونواتجها في الصحة النفسية وفي المرض النفسي، حيث بدأ علماء النفس يهتمون بالمتغيرات النفسية والاجتماعية والتي من شأنها أن تزيد أو تقلل من إمكانية تأثر الفرد بأحداث الحياة الضاغطة ، لا سيما بعد ظهور دراسات أشارت إلى ضعف معامل الارتباط بين الضغوط والأمراض النفسية .

وفي هذا الإطار تشير *ممدوحة سلامة (١٩٩١)* إلى أنه كي نفهم الصحة النفسية والاضطراب النفسي ينبغي أن تكون هناك أطر تنبؤية تتيح الربط بين السواء وكل من العوامل المعرضة للاضطراب ، أو العوامل المدعمة للقدرة على المواجهة الفعالة ، وعلى ذلك يركز الدارسون على فحص عوامل ومؤشرات الخطورة Risk factors " أي تلك العوامل التي من شانها أن ترفع من قابلية الاصابة بالمرض النفسي وزيادة المعاناة". أو قد يركزون على دراسة عوامل المقاومة Resistance factors أي المتغيرات النفسية والبيئية المرتبطة باستمرار السلامة النفسية حتى في مواجهة الظروف الضاغطة ، والتي من شأنها دعم قدرة الفرد على مواجهة المشكلات والتغلب عليها *(ممدوحة سلامة١٩٩١: ١٩٩-٢١٨)*

كما يشير *رادولف موس (Moos, 1986)* وهو أحد المنظرين ، في مجال مواجهة الأزمات والصدمات ، إلى أن هناك عدة عوامل ، قد تزيد، أو تقلل ، من إمكانية تأثر الفرد بالضغوط ، وهذه العوامل ، هي التي تحدد كيفية إدراك الفرد للأزمات ، وطبيعة الاستراتيجيات اللازمة لمواجهة الأزمات المختلفة ، وهذه العوامل هي :

١- العوامل الديموجرافية : وتشمل : السن ، والنوع ، والحالة الاقتصادية والحالة الاجتماعية.

٢- عوامل شخصية : مثل الشعور بالقيمة والثقة بالنفس والفاعلية الذاتية.

٣- عوامل متعلقة بطبيعة الحدث ، أو الصدمة : مثل : نوع الحدث ، وهل يرجع إلى ظروف طبيعية كالزلازل ، أم بفعل الإنسان مثل : الحروب ، وكذلك توقع الحدث أو فجائيته ، وطول مدة وقوع الحدث، وكذلك إمكانية التحكم فيه.

٤- عوامل تتعلق بالبيئة الاجتماعية: وتشمل العلاقات الاجتماعية بين الأفراد، ومدى تماسك المجتمع، واقبال الأفراد على مساعدة بعضهم البعض.

ويرى *راتر* *(Rutter , 1983 : 23)* أن عوامل الخطورة وعوامل الوقاية ما هى إلا عوامل خاملة Inert – وهو قياس يستمده من علم الكيمياء – تنشط فى وجود الأحداث الضاغطة فإذا زادت من وقع التأثير التسلبى للحدث الضاغط اعتبرت عوامل خطورة ، بينما إذا خفضت أو قللت Reduce هذه العوامل من وقع الحدث الضاغط على الفرد اعتبرت عوامل وقاية . وقد أشار *راتر* إلى أن هذه العوامل سواء أكانت عوامل خطورة أو وقاية تتباين بتباين المرحلة العمرية التى يمر بها الفرد ، وطبيعة الحدث الذى يواجهه ومدى وجود مصادر نفسية أو اجتماعية تساعده على المواجهة ، وقد أشار كذلك أنه قد تأثر كثيراً وكذلك كل الذين كتبوا فى مجال الوقاية النفسية بكتابات بولبى التى أشار فيها إلى أهمية التعلق الآمن Secure attachment فى الوقاية النفسية للأطفال ، حيث يعمل التعلق الآمن بشكل مباشر من خلال مساندة الوالدين للطفل فى المشكلات والأزمات وبشكل غير مباشر حيث يقّوى التعلق الآمن من المصادر النفسية للطفل حيث يستدخل الطفل فى نماذجه التصورية عن ذاته أنه محبوب ومُقدر من والديه مما يزيد من شعوره بالقيمة والتقدير والثقة وتساعده هذه الصورة الإيجابية عن الذات فى التقييم الواقعى للمشكلات وفى المواجهة الفعالة لها .

ويشير *إمرى وفورهاند* *(Emery & Forehand , 1996 : 64-99)* إلى أن عوامل الخطورة والوقاية على متصل واحد فى بدايته الايجابية الوقاية وفى نهايته السلبية الخطورة، وهناك درجات لشدة تأثير الوقاية ودرجات لشدة تأثير الخطورة، وأمثلة على ذلك: (*الصراع الأسرى الشديد والمزمن عامل خطورة ، وندرة الصراع الأسرى أو تعاون الوالدين وتفاهمهما عامل وقاية ، تقدير الذات العالى عامل وقاية وانهيار اعتبار الذات عامل خطورة ، المساندة الاجتماعية القوية والفعالة والمتاحة عامل وقاية وغياب المساندة الاجتماعية عامل خطورة*).

من هنا يتضح أهمية دراسة عوامل الخطورة وطرق الوقاية فى محاولتنا لفهم الكيفية التى يتطور بها الاضطراب النفسى حتى تتمكن من منع حدوثه أو نوفر له العلاج الملائم إذا ما حدث ذلك الاضطراب ، وهذا ما سوف نناقشه بالتفصيل فى الفصلين الثانى والثالث من هذا الكتاب.

***

الفصل الثانى

عوامل الخطورة فى ظهور المشكلات النفسية للأطفال

مقدمة

أولاً : تعريف عوامل الخطورة

ثانياً : طرق تأثير عوامل الخطورة

ثالثا : آثار التعرض لعوامل الخطو رة على الأطفال

رابعاً : مستويات عوامل الخطو رة

خامساً : بعض النظريات المفسرة لتا أثيرات عوامل الخطورة

سادسا : أهم عوامل الخطورة:

١) الوراثة

٢) عوامل متعلقة بالطفل ذاته

٣) عوامل خاصة بالأسرة

أ) التعرض لخبرات الفقد

ب) الشقاق الأسرى والطلاق

جـ) التعرض لخبرات الإساءة

د) المعاناة الاقتصادية

هـ) إدمان الوالدين

و) المرض النفسي والعقلي للوالدين

ز) السلوك الاجرامي للوالدين

ح) الحماية الوالدية الزائدة

سابعا : بعض فوائد التعرض للأزمات والضغوط وعوامل الخطورة

ثامنا : تعليق عام على عوامل الخطورة وكيفية عملها

الفصل الثانى

عوامل الخطـورة فى ظهور المشكلات النفسية للأطفال

مقدمة :

قد يواجه الأطفال مواقفاً وظروفاً صعبة وضاغطة من الخبرات المؤلمة أو الأحداث الصدمية، كالعنف الأسرى أو التصدع الأسرى أو الإساءة أو الانتهاك الجسدى أو الجنسى أو كوارث الحروب والكوارث الطبيعية والبشرية أو الفقدان أو الموت لأحد الوالدين وغيرها من الأحداث ، تؤثر على مسار نموهم وارتقائهم ، وعلى اتجاهاتهم نحو المجتمع ، وعلاقاتهم بالآخرين، ونظرتهم إلى أنفسهم والحياة والمستقبل .وتلك خبرات تنطوى على حالة "/زمة" قد يعيشها الطفل باعتبارها رد فعل إزاء هذه المواقف والأحداث ، وبخاصة من المنظور الظاهرياتى (الفينومينولوجى) ، أى من حيث إدراك الطفل لتلك الأحداث أو المواقف وتفسيره وتقديره لها ، وغالبا ما يفوق معنى الأزمة عند الطفل واقع الأحداث أو المواقف ذاتها.

والواقع أن تأثير التجارب القاسية والأحداث الصدمية على الأطفال قد يفوق تأثيرها على الكبار ، ويرجع ذلك إلى نقص نمو مهارات مواجهة الضغوط Coping skills وآليات الدفاع Defense Mechanisms بوصفها أساليب للتوافق مع المواقف الضاغطة وعواقبها ، كما يرجع – كذلك – على طبيعة الطفولة ذاتها ، فالطفولة " فترة حساسة " أو "مرحلة حرجة " بقدر ما هى فترة من التغيرات والتحولات الجذرية التى تنطوى على صعوبات ومشكلات تجعل الأطفال أكثر استهدافاً لاضطراب التوازن ، ولنقص التوافق مع الذات والمجتمع ، ولهذا يتوقع أن تتفاعل الضغوط الناجمة عن الأحداث الصدمية مع صعوبات أو مشكلات النمو عند الأطفال ، الأمر الذى يجعلهم أكثر استعداداً للتأثر بتلك الأحداث، وذلك ما يعبر عنه/ريكسون Erikson, 1959 بالأزمة المحتملة Potential Crisis عند الأطفال ، وعلى ذلك فإن الأخطار والتجارب الصدمية التى يتعرض لها الأطفال قد تجعل بعضهم من ذوى حالات " الأطفال المعرضين للخطر أو "الأطفال ذوى الخطر العالى ، وتلك حالات توجد بدرجات مختلفة فى الظروف العادية من حياة المجتمعات ، ولكنها تزداد فى الظروف غير العادية مثل الحروب والكوارث ومواقف العنف والإساءة أو الامتهان.(فيولا الببلاوى ٢٠٠٢ : ٢٦)

أولاً : تعريف عوامل الخطورة : RISK FACTORS

هى تلك العوامل النفسية والاجتماعية والبيئية التى من شأنها أن ترفع من قابلية الإصابة بالمرض النفسى وزيادة المعاناة عند مواجهة حدث معين أو مشكلة معينة .

ويعرفها *كازدين* على أنها " السمات والأحداث والعمليات التى تزيد من احتمال بداية المشكلة او اختلال التوازن التى يتمثل فى الاضطراب السلوكى ". فعلى سبيل المثال فإن ارتفاع نسبة الكلوسترول فى الدم ونمط الحياة الذى يعتمد على الجلوس معظم الوقت والتدخين وزيادة التعرض للضغوط تزيد من احتمال حدوث أمراض القلب .

(آلان كازدين – ترجمة عادل عبد الله : ٢٠٠٠)

ثانياً: طرق تأثير عوامل الخطورة على الأطفال :

من المفترض أن وجود عوامل خطورة فى الطفولة يمكن أن يزيد من احتمالية المرض النفسى والعقلى فى الرشد وهذا يتم من خلال ثلاث طرق :

١) أن وجود عامل خطورة فى الطفولة قد يكون سبب مباشر لاستمرار الاضطراب فى الرشد وقد تستمر نفس الأعراض من الطفولة إلى الرشد او أن تأخذ أشكالاً مختلفة عبر المراحل العمرية المختلفة ، فمثلاً الاضطرابات السلوكية فى الطفولة تظهر فى شكل ادمان للكحوليات وسلوك اجرامى بل وفصام أيضاً الرشد .

٢) قد تستمر الأعراض النفسية باستمرار وجود عوامل خطورة عبر المراحل النمائية المختلفة، فمثلاً الافتقاد إلى المساندة الوالدية فى الطفولة قد يرتبط بوجود مشكلات نفسية وسلوكية فى هذه المرحلة ، ولكن استمرار عدم وجود علاقة وثيقة مع الآخرين فى المراهقة والرشد قد يؤدى إلى استمرار المشكلات النفسية والسلوكية أو إذا اختفت هذه المشكلات فمن الممكن أن تعود فى أى وقت .

٣) قد لا يحدث الاضطراب النفسى فى الرشد نتيجة لوجود عوامل خطورة فى الطفولة ولكن نتيجة لتراكم عوامل الخطورة أو وجود سلسلة من التوابع لوجود عامل خطورة ،فعلى سبيل المثال فإن الاضطراب النفسى للأم له آثار نفسية ضارة على علاقتها بطفلها ، ولكن الاضطراب النفسى للأم ليس كافيا لاضطراب الطفل ولكن توجد سلسلة من التوابع تترتب على الاضطراب

النفسى للأم وتؤدى إلى الاضطراب النفسى للطفل ، فالأم المريضة نفسياً قد تترك الطفل لتتلقى العلاج ، ولا تستطيع رعايته بشكل كاف ، كما أن الأم قد تترك عملها وتتعرض علاقتها مع زوجها (الأب للطفل) للانهيار مما يؤدى إلى تعرض الطفل لأكثر من ضغط فى وقت واحد ، وهذه الضغوط ناتجة من التعرض لعامل خطورة واحد .(Newton 1988 ; 110)

كذلك فإن تعرض الطفل لأكثر من حدث ضاغط فى وقت واحد واستمرار تعرض الطفل لظروف سيئة طويلة المدى مثل الشقاق الأسرى أو المرض العقلى لأحد الوالدين قد يكون لها آثار ضارة على الصحة النفسية للطفل (Ruttir , 1990 , 184)

وقد أشار *مايكل رالر (١٩٩١ : ١٨٩)* أن الضغوط أو أحداث الشدة المنفصلة التى تحدث فرادى قد لا تحمل مخاطر سيكاترية تذكر ، ففى دراسة على اسر عادية لها أطفال فى العاشرة من أعمارهم وجد أن هناك ستة متغيرات أسرية (بما فيها الخلافات الزوجية) ترتبط وبقوة ودلالة عالية بالاضطرابات النفسية للأطفال ، ولكن حين تم فصل الأسر التى تمر بواحدة فقط من هذه الظروف الضاغطة وجد أن أياً من هذه المتغيرات على حده بعد عزله عن بقية المتغيرات الأخرى لا علاقة له بالاضطرابات لدى الأطفال ، بمعنى أن خطورة الإصابة بالاضطرابات النفسية لم تزداد بصورة واضحة لدى الأسر التى تعانى من أحد الظروف الضاغطة المزمنة بمقارنتهم بأطفال أسر تخلو ظروفها من أى من المتغيرات التى تزيد من احتمال حدوث الاضطراب ، ولكن خطورة الإصابة باضطراب كانت اعلى كثيرا لدى الأسر التى اجتمع لديها متغيران ضاغطان ثم ازدادت اضعافاً حين اجتمع للأسرة أربعة متغيرات ضاغطة والواضح أن وجود تأثير تراكمى للشدائد والأحداث الضاغطة إذا ما اجتمع عدد منها فى الجو الأسرى بشكل مزمن.

ثالثا : آثار التعرض لعوامل الخطورة على الأطفال :

١- فى مرحلة ما قبل المدرسة :

الأطفال فى سن ما قبل المدرسة (من الميلاد حتى السادسة) فى مرحلتى الحضانة والطفولة المبكرة ، يعتمدون على الكبار فى رعايتهم ، وفى شعورهم بالحماية والأمن والسلامة ، وهم يبدون عجزاً وسلبية حينما يواجههم موقف باعث على التهديد الأمر الذى يتطلب مساعدة من الكبار كى يشعروا بالسند والأمن معهم ويدرأوا عنهم الموقف المهدد وحمايتهم منه .

ويتصف الأطفال الصغار بأنهم تعوزهم القدرة على تخيل الطرق التى تقيهم ، ولذا فهم يشعرون- غالباً- بنقص الأساليب الدفاعية ويخبرون - عادة - بأنه لا توجد طريقة للهرب من الموقف الضاغط أو لتجنبه . وقد يترتب على الخبرة الصدمية عند الأطفال فى هذه المرحلة أنهم قد يبدون حالة من الصمت والانسحاب أو حتى من عدم القدرة على الكلام ، أو تناول الطعام أو اللعب . وتظهر كذلك أعراض التعرض لعوامل الخطورة خاصة - الحادة منها - فى زيادة مشاعر قلق الانفصال- اضطرابات النوم مثل الكوابيس والفزع الليلى والمشى أثناء النوم والكلام أثناء النوم .

٢- فى مرحلة المدرسة :

فى هذه المرحلة يكون لدى الطفل رصيد واسع من الاستجابات المعرفية والانفعالية والسلوكية ويستطيع أن يدرك بعض الأحداث (الموت مثلاً) وتظهر آثار التعرض لعوامل الخطورة في : صعوبات التركيز وتدهور الأداء المدرسى نتيجة لما يغمر عقل الطفل من أفكار وذكريات عن حادثه معينة ، أو نتيجة لشعوره بالقلق أو الاكتئاب ، كذلك فإن بعض الأطفال يظهرون أعراضاً مثل : السلبية وعدم التلقائية والعدوانية مما يؤثر سلباً على علاقاتهم مع أقرانهم ويؤدى إلى عزلتهم الاجتماعية ، كما تظهر عليهم بعض المشكلات الصحية (صداع.. الخ) وأيضاً اضطرابات نفسي جسمي *(فيولا الببلاوى : مرجع سابق ٤٠-٤١)*.

رابعاً : مستويات عوامل الخطورة:

١- عوامل الخطورة المزمنة :

عوامل الخطورة المزمنة هى تلك العوامل المرتبطة باضطراب طويل المدى فى نمط الحياة المستقر للطفل (المرض الطويل لأحد الوالدين - المعاناة الاقتصادية لمدة طويلة - المنازعات الأسرية المزمنة " قبل الطلاق أحياناً " الإساءة الجسمية والنفسية والجنسية المتكررة ". وينتج من عوامل الخطورة المزمنة لدى الأطفال بعض الأعراض منها : انخفاض تقدير الذات، أعراض القلق والاكتئاب ، الاستهداف للحوادث ، واضطراب عام فى الصحة الجسمية. (Sharp & Cowie, 1998 ; 23-24)

٢- عوامل الخطورة الحادة :

هى أحداث مفاجئة Sudden تخل بتوازن الطفل مثل[الحوادث - الموت غير المتوقع - الطلاق - الاغتصاب) وهذه الأحداث رغم قصر المدة الزمنية التى تحدث فيها إلا أن وقعها شديد على الطفل وتطلق عليها اضطراب الضغوط التالية للصدمة Posttraumatic Stress Disorder.

وتتمثل معايير تشخيص عوامل الخطورة الحادة أو اضطراب الضغوط التالية للصدمة وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع فيما يلي:

- **أن يكون الفرد قد مر بحادث خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية ، وهذا الحادث يمكن أن يكون مضايقاً ومزعجاً – بشكل ملحوظ لكل فرد تقريبا (مثل التهديد لحياة الفرد أو لشخص قريب منه – التدمير المفاجئ للمنزل – رؤية حادث عنيف أو إصابة خطيرة..الخ).**
- **أن يمر الحادث الصدمي بخبرة الشخص مرة أخرى وبشكل مداوم بواحد من الطرق الآتية:**

أ) تذكر الحادث بشكل متكرر.

ب) الحلم بأحلام مزعجة عن الحادث.

ج) الشعور كما لو كان الحادث سيعاود الحدوث.

د) الضيق النفسي الشديد عند التعرض لأحداث ترمز للحادث (الصدمي)

هـ) حدوث ارتباك نفسي لمجرد ظهور مثير أو رمز للحدث الصادم.

- **التجنب المستمر للمنبهات المرتبطة بالصدمة وذلك كما يتضح من ثلاث جوانب على الأقل مما يلي :**

١) جهد متعمد لتجنب الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالصدمة .

٢) جهد متعمد لتجنب الأنشطة أو المواقف التي تثير ذكريات عن الصدمة.

٣) عدم القدرة على استرجاع جوانب مهمة من الصدمة .

٤) الشعور بالانفصال أو النفور من الآخرين.

٥) ضيق مدى الوجدان ، كان يصبح الفرد غير قادر على أن تتولد لديه مشاعر حب.

٦) التشاؤم بشأن المستقبل.

٧) تخفيض أو تقليص المشاركة في الأنشطة التي تدل على الصدمة.

- **أعراض مستمرة لزيادة التنبيه (غير موجودة قبل الصدمة) وذلك كما يتضح من عرضين على الأقل مما يلي :**

١) صعوبة الاستغراق في النوم أو البقاء نائماً.

٢) التهيج أو انفجارات الغضب.

٣) صعوبة التركيز.

٤) الاستيقاظ الدائم.

٥) رد الفعل الفسيولوجي الزائد عند التعرض لاحداث تشبه الحادث الصدمي.

- استمرار ظهور هذه الأعراض لمدة شهر على الأقل أو تأخر ظهورها لمدة ستة شهور بعد الصدمة

(عبد الستار ابراهيم ، وعبد الله عسكر ١٩٩٩ : ٧٠ - ٧١) (Hodgkinson & Stewert 1998 : 6-7)

ويمكن توضيح تأثير الضغوط الحادة على الأطفال في مرحلتى الطفولة والمراهقة على النحو التالى :

١) المرحلة العمرية من ١ – ٢ سنة : الشعور بعدم الأمن ، الخوف من الاستكشاف، تأخر الكلام ، الغضب ، التأخر في تنظيم الذات ، تأخر في المهارات اللفظية ، ذكريات متكررة عن الحدث .

٢) المرحلة العمرية من ٢ – ٣ سنة : القلق الشديد ، التبول اللاإرادي ، انخفاض تقدير الذات ، عدم التحكم في الانفعالات ، الاعتقاد بأنه سيئ ولا يستحق الحب .

٣) المرحلة العمرية من ٤ – ٦ سنة: التأخر في المهارات الحركية واللفظية ، انخفاض تقدير الذات ، مشكلات سلوكية ، والمشاجرة مع الآخرين .

٤) المرحلة العمرية من ٧ – ١١ سنة :زيادة السلوك العدوانى ، عدم التحكم في الانفعالات، الفشل في الاستمتاع باللعب أو الدراسة ، الفشل في اكتساب الدور الجنسى " بالنسبة للبنات مسالك ذكرية كرد فعل للاغتصاب " ، الفشل في استدخال القواعد الاجتماعية ، مشكلات سلوكية ، رفض الأقران .

٥) مرحلة المراهقة : عدم القدرة على تكوين أو تحديد الهوية ، عدم القدرة على التفرد ، نقص الدافعية ، عدم القدرة على اقامة علاقات مع الآخرين ، التشاؤم ، انخفاض تقدير الذات ، نقص الشعور بالكفاية ، التوجس وتوقع الشر والمصائب ، العزلة الاجتماعية، رفض الأقران ، مسالك تدبير الذات أو السلوك المضاد للمجتمع.(Hodgkinson & Stewert 1998 : 6-7)

٣- المنغصات اليومية :

تعتبر المنغصات اليومية Daily Hassles أو الأحداث الضاغطة البسيطة هى أكثر أنواع عوامل الخطورة انتشاراً وهى الأحداث التى تؤدى إلى تغييرات في بيئة الطفل (الانتقال إلى منزل أو مدرسة جديدة) أو فى روتين حياته اليومية (ميلاد شقيق مثلاً) أو

تكون المنغصات يومية ولكن إزعاجها معتاد (وسائل المواصلات) ، وهذه المنغصات قد لا تؤدي إلى نفس الأعراض المرضية لعوامل الخطورة الحادة أو المزمنة ولكن قد يكون لها تأثيرات تراكمية Accumulative effects على نمو الطفل وغالباً لا تصل تأثيرات المنغصات إلى حد المرض النفسي أو سوء التوافق.

خامساً : بعض النظريات المفسرة لتأثيرات عوامل الخطورة:

١- المنظور النفسي الاجتماعي :

قدم *إريك اريكسون* اطاراً نظرياً هاما في كيفية مواجهة الأطفال للازمات حيث أشار اريكسون إلى أن الطفل يمر بمراحل نمائية وكل مرحلة لها تحدى جديد New challenge وأزمة جديدة على الفرد مواجهتها ، وأشار اريكسون أن مواجهة الفرد لهذه الأزمات ، ومواجهته للأحداث الصدمية يتوقف على ما اكتسبه الفرد في كل مرحلة من المراحل من صفات ايجابية او سلبية ففي المرحلة الأولى، وهي مرحلة الثقة المطلقة مقابل عدم الثقة Basic Trust Versus Basic Mistrust فإن كفاءة الرعاية الوالدية ، واشباع الحاجات الجسمية ، والنفسية للطفل يجعله يكتسب الثقة في ذاته ، والعالم والآخرين ، وهذه الثقة ، تكون أساس قدرته على المواجهة الايجابية للضغوط والصدمات بعد ذلك ، بينما الرعاية الوالدية غير الملائمة تجعل الطفل يشعر بعدم الثقة ، وبالتالي يتوقع الفشل عند مواجهة الأزمات، بل ويفشل في المواجهة ، ويشعر بالعجز ، كذلك ففي المرحلة العمرية الثانية ، يكتسب الطفل الاستقلالية ، التي تمكنه من مواجهة الصدمات النفسية ، ثم يكتسب الفرد صفة المبادأة ثم الاجتهاد ومن ثم تحقيق الهوية ، وهكذا فإن الصفات الإيجابية تمكن الفرد من المواجهة الناجحة للمشكلات . ولقد كان *اريكسون* متفائلاً بشان إمكانية أن يكتسب الفرد الصفات الإيجابية لمرحلة معينة في مراحل لاحقة مع إمكانية تجاوزه ومواجهته لأزماته .

٢- المنظور المعرفي :

العمليات المعرفية هي مفتاح فهم الأحداث الصدمية Cognitive process are the key understanding trauma خاصة في ظل الثورة المعرفية Cognitive revolution التي تركز على ان تقدير الفرد وادراكه للحدث أو الصدمة وليس الحدث في حد ذاته هو الذي يؤثر فيه ويزيد من الأعراض النفسية لديه.(Hodgkinson & Stewart, 1998 : 219-220)

وأشار كل من *فولكمان ولازاروس*(Volkman & Lazarus,1986) إلى أن معنى الحدث وكيفية تفسير الفرد له ، يلعب دوراً محددا لمدى وقعه وتأثيره، وهناك عمليتان

معرفيتان تتوسطان بين الحدث الضاغط وبين محصلته سواء الايجابية ام السلبية ، الأولى هى التقييم المعرفى Cognitive appraisal . وهى العملية التى تتوسط بين المثيرات والاستجابات الانفعالية – وهى تتضمن التقييم المعرفى للحدث ذاته ، وما ينطوى عليه من تهديد لامنه وصحته النفسية وتقديره لذاته ، أما العملية الثانية فهى تقييم الفرد لأساليب المواجهة Coping وهى تشمل الأساليب التى يواجه الفرد بها الحدث الضاغط كما تشمل (مواجهة المشكلات – تحمل المسئولية – الهروب – التجنب – البحث عن المساندة الاجتماعية – التحكم الذاتى) . وتتأثر كلتا العمليتين بالخصائص النفسية للفرد . فعلى مستوى التقييم المعرفى تعمل هذه الخصائص النفسية كقاعدة لادراكه وتفسيره للأحداث . بحيث يبدو الحدث أقل أو أكثر تهديدا ، وعلى مستوى المواجهة فهى تؤثر فى تحديد وتقييم كيفية التفاعل مع الحدث بحيث يقوم بسلوك ما لتغيير الموقف أو يقبله أو يتجنبه.

(ممدوحة سلامة ، ١٩٩١ : ٤٧٥ – ٤٩٦)

ويؤكد *لازاروس (١٩٨٠)* أنه بعد التقييم المعرفى للحدث وبعد مواجهته فإن الفرد يقوم بعملية ثالثة هى اعادة التقييم المعرفى Reappraisal ومعناها أن التقييمات المعرفية غير ثابتة ، وتتغير فى ضوء نجاح الفرد أو فشله أو هروبه من مواجهة الأحداث الضاغطة .

(Coyne & Lazarus, 1980: 579)

٣– منظور العجز المكتسب Learned Helplessness:

الفرض الرئيسى لهذه النظرية أن تكرر تعرض الفرد للصدمات ، أو الأزمات ، أو الضغوط ، وإدراكه أو اعتقاده عدم القدرة ، على التحكم فيها ، أو عدم التنبؤ بعواقبها ، فإن هذا من شأنه ، أن يجعل الفرد يشعر بالعجز وعدم القيمة، وهذا الشعور ، يجعله يبالغ فى تقديره للأحداث التى يمر بها ، ويشعر بالتهديد منها، وفى نفس الوقت يشعر بعدم قدرته على مواجهتها ، مما يجعله يتوقع الفشل بشكل مستمر ، ويدرك أن ما يتعرض له من فشل ، وعدم قدره على المواجهة فى الماضى والحاضر سوف يستمر معه فى المستقبل ، ومن ثم يشعر باليأس (Abramson et al., , 1978).

٤– المنظور السلوكى :

يفسر المنظور السلوكى الكثير من الاضطرابات النفسية للاطفال ، فوفقاً للتشريط الكلاسيكى فإن تعرض طفلة للإساءة الجنسية يجعلها تخاف المشى فى الشارع ، وتخاف

التواجد وسط الناس وتتجنب لقاء الآخرين ، وكذلك الطفل الذى تعرض لحادث فى مكان معين غالبا ما يتجنب هذا المكان .(Davison & Neale, 1998 : 156)

ووفقا للتعلم بالملاحظة فإن الطفل قد يتعلم الخوف من خلال نموذج يظهر الخوف في موقف معين ، وهكذا . كما أن تدعيم سلوك معين لدى الطفل قد يؤدى إلى تكرار السلوك حتى ولو كان السلوك منحرفا .

٥- نظرية المحافظة على المصادر النفسية والاجتماعية :

صاحب هذه النظرية هو *هوبفول Hobfoll* وأشار إلى أن تأثر الطفل بالأزمات يرتبط بوجود مصادر نفسية واجتماعية فعاله لديه فالمحافظة على المصادر Conservation Resources النفسية والاجتماعية تجعل الطفل لا يتأثر كثيراً بالأزمات والضغوط ، وتحدث المشكلات حين تكون المصادر فى حالة من التهديد أو حينما تتعرض هذه المصادر للفقد ، حيث إن استنزاف هذه المصادر أو فقدها يجعل الطفل عرضة للمشكلات خاصة لو كانت الأزمات أو الضغوط غير متوقعة ، أو كانت زائدة عن الحد او كانت استراتيجيات الفرد أقل من القدرة على مواجهتها .*(طلعت منصور ١٩٩٥)*

سادساً : أهم عوامل الخطورة :

يشير كل من *(Hodgkinson & Stewart 1998)* وكذلك *غسان يعقوب (١٩٩٩) Rutter , 1996* إلى أن أهم عوامل الخطورة التى تزيد من قابلية الفرد للتأثر بالصدمات والأزمات أو تمثل أزمة مستمرة للفرد ، هى :

١) وجود تاريخ للأمراض النفسية فى الأسرة .

٢) الخلافات الأسرية المزمنة .

٣) انخفاض المستوى الاقتصادى للأسرة .

٤) سوء معاملة الشخص وتعرضه للإساءة الجسمية او النفسية أو الجنسية فى الطفولة .

٥) انفصال الأبوين بالطلاق قبل سن العاشرة .

٦) انخفاض الشعور بالثقة بالنفس ونقص الشعور بالكفاية الشخصية .

٧) وجود أمراض مزمنة للفرد أو أحد أفراد أسرته .

٨) انخفاض المستوى التعليمى والمعرفى عند الشخص وعند أسرته.

٩) تعاطى الوالدين المخدرات والكحوليات .

١٠) وفاة شخص عزيز فى سن مبكرة خاصة أحد الوالدين.

١١) مشاهدة أعمال عنف أو قتل خاصة لأحد أفراد الأسرة .

١٢) الحرمان الشديد من الحب والعطف فى الطفولة .

وسوف نعرض لأهم عوامل الخطورة المتمثلة فى (١- الوراثة ٢- عوامل خاصة بالطفل " العمر ، النوع ، الخصائص " ٣-عوامل خاصة بالأسرة " أ- التعرض لخبرات الفقد ب-الشقاق الأسرى والطلاق جـ- التعرض لخبرات الإساءة د - المعاناة الاقتصادية هـ- ادمان الوالدين و-المرض النفسى والعقلى واضطرابات الشخصية لدى الوالدين ز- السلوك الإجرامى للوالدين ح- الحماية الزائدة من الوالدين"

(١) الوراثة

لا تُعد العوامل الوراثية بمفردها هى المسئولة عن الاضطرابات النفسية للأطفال ، ولكنها تشترك مع عوامل بيئية واسرية تسهم فى حدوث الاضطرابات النفسية للأطفال . ويشير *كازدين (ترجمة عادل عبد الله ٢٠٠: ١١٣)* إلى الدور الذى تؤديه العوامل الوراثية فى تعرض الأطفال للاضطرابات السلوكية ، وهذه النتيجة جاءت من خلال دراسة التوائم المتشابهة لأن التوائم المتشابهة يعدون فى الواقع اكثر شبها من الناحية الوراثية قياسا بالتوائم غير المتشابهة أو حتى بالأخوة العاديين.وتوضح دراسات التوائم وجود معدلات اتفاق أكثر ارتفاعا بين التوائم المتشابهة فى مقابل التوائم غير المتشابهة حيث يزداد مثلاً احتمال تعرض التوأم الآخر فى حالة التوائم المتشابهة لنفس الاضطراب إذا ما تعرض التوأم الأول له، وتكون مثل هذه المعدلات أكثر ثباتا فى حدوثها وارتفاعها مع حدوث الانتقال الجينى أو الوراثى *Gentic Transmission* .

وقد كشفت الدراسات عن حدوث معدلات كبيرة من الاتفاق فى حدوث الجناح والجريمة والاضطرابات السلوكية بين التوائم المتشابهة قياسا بالتوائم غير المتشابهة والاخوة العاديين ، وتوضح نتائج دراسات الجريمة بين الراشدين والمراهقين ان العامل الوراثى يعد هو الأقوى فى هذا الإطار حيث كان الاتفاق بين التوائم المتشابهة أكثر من الضعف قياسا على التوائم غير المتشابهة . وفى هذا الصدد لا بد من الإشارة إلى تداخل العوامل البيئية مع الوراثية حيث إن التوائم المتشابهة يعيشون فى بيئة متشابهة ، على أن أباء التوائم المتشابهة يعاملون أبناءهم بشكل أكثر تشابه من التوائم غير المتشابهة من خلال تلبية الحاجات النفسية (الحب ، الاهتمام ، التقدير ... إلخ) والحاجات الفسيولوجية (الطعام، الشراب ، الملبس ، .. إلخ).

(٢) عوامل متعلقة بالطفل ذاته

(أ) العمر Age :

العمر في ذاته لا يشكل عامل خطورة ، ولكن تعرض الطفل لعوامل خطورة في عمر معين هو عامل الخطورة ، فعندما يكون عمر الطفل أقل من ستة شهور فإن تأثير عوامل الخطورة عليه يكون قليلاً من أنه قد لا يتأثر بهذه العوامل، وذلك لم يطور روابط تعلق إنتقائية Developed selective Attachment Bonds بأشخاص معينين ، بينما عندما يكون عمر الطفل من ستة شهور إلى أربع سنوات ويكون قد كون رابطة تعلق مع شخص بالغ فإنه قد يتأثر كثيراً بفقد أو غياب هذا الشخص وتظهر عليه أعراض الانفصال من احتياج وتباعد ومشاعر اكتئابية .

وقد اشار *مايكل راتر (١٩٩١) (ترجمة ممدوحة سلامة : ٧٠) وكذلك راتر Rutter, 1983* إلى أن خبرات فقد أحد الوالدين مثلاً تؤثر بشكل كبير على الأطفال مقارنة بالمراهقين والراشدين ، ويبدو أن تأثر الطفل بوفاة احد الوالدين يرتبط بنمو قدراته المعرفية (الإدراك ، التفكير، التذكر ، التخيل ، الاستنتاج) وعلاقته بالوالد المتوفى ، ومساندة الوالد البالغ على قيد الحياة للطفل لتجاوز محنة فقد الوالد . والآثار بعيدة المدى Long-term Effects لأي حدث ضاغط (الوفاة مثلاً) قد لا ترتبط بعمر الطفل ولكن لما يترتب على الوفاة من مشكلات مثل (التدهور في دخل الأسرة ، تغيير الادوار داخل الأسرة ، تدهور الحالة الجسمية والنفسية للوالد الباقي ..إلخ).

ويرى بعض الباحثين *Wallerstein,1983* أنه رغم وجود فترات نمو حساسة وحرجة ، وتعرض الطفل فيها للأحداث الضاغطة قد يؤثر عليه سلبيا ، إلا أن نمو الطفل عمريا قد يخفف من وقع بعض الضغوط على الطفل ، فعلى سبيل المثال ، فإن حدوث خبرات إساءة للطفل قد يعدلها ويخفف منها العلاقات الطيبة مع الأشقاء أو الأقران أو المعلمين .

(ب) النوع Sex :

من المعروف جيداً أن الذكور اكثر قابلية للاصابة أمام المخاطر والضغوط العضوية بمقارنتهم بالإناث، وعلى عكس ما هو متداول من أن الذكور هم الجنس الأقوى بيولوجياً ونفسياً فإن الدراسات أثبتت أن الذكور أكثر حساسية للمخاطر وأكثر قابلية للاصابة في مجال الضغوط والشدائد النفسية الاجتماعية وهو ما يظهر بشكل واضح فيما يتعلق بالخلافات الأسرية وعدم التوافق الزواجي، حيث أكدت جميع الدراسات تقريبا ارتباطها بمشكلات السلوك لدى الأبناء الذكور بصفة خاصة وقد ظهرت تلك الفروق في دراسات واسعة في

بريطانيا على أطفال يعاني والدهم أو أحدهم من أحد الاضطرابات العقلية ، واتضحت هذه الفروق أيضاً في دراسة أمريكية وعلى أطفال انفصل والدهم بالطلاق وعلى أطفال من أسر عادية . وقد ثار الكثير من الجدل وتعددت التفسيرات حول تساؤلين رئيسيين هما :

١- هل الذكور بالفعل هم الجنس الضعيف والهش Fraigle والأكثر حساسية وقابلية للاصابة بالأمراض النفسية والجسمية عند مواجهة الضغوط ؟

٢- هل كون الطفل أنثى يمكن أن يكون عاملاً واقيا حين تمر الأسرة بالشقاق والنزاع ؟*(راتر: ترجمة ممدوحة سلامة ١٩٩١: ١٩١)* .

وهناك الكثير من التفسيرات لهذه القضية ، ومنها : (اختلاف معاملة الوالدين للذكور والإناث خلال فترات المنازعات والصراعات ، أن الأنثى تنمي أساليب افضل لمواجهة الضغوط ، أن الخلافات الزواجية قد تكثر أمام الذكور مقارنة بالإناث ، أن الذكور يتأثرون بالظروف الأسرية المحيطة ويكونون أكثر عدوانية من الاناث وبالتالي يكونون أكثر تعرضاً للعقاب*(Hethering ton, et al, 1982)* ، أن الوالدين (خاصة) الأمهات أكثر حماية للاناث أثناء الأزمات والمشكلات الأسرية، أن بعض الأمهات قد يحولن مشاعرهن السلبية من الزوج إلى الابن *(Newton, 1988 : 112)*

ومن ناحية أخرى فقد أظهرت ملاحظة الأطفال من مختلف الأعمال وفي مواقف متعددة ان هناك فروقاً بين الجنسين في نوعية التفاعل مع الوالدين، إذ يظهر الذكور مقاومة أكثر لجهود الأبويين في تدريبهم وكثيرا ما يقابلون مطالب الوالدين وضغوطهما بمطالب وضغوط مضادة، وهم أكثر الحاحا في المطالبة باهتمام الأم ، وكذلك يتفاعل الأباء بطرق مختلفة بحسب جنس الطفل مدعمين بذلك أنماط السلوك المقبولة فيما يتعلق بكل من الجنسين إذ يعلق الأباء أهمية كبرى على الإنجاز والاعتماد على النفس والضبط الانفعالي والاضطلاع بالمسئولية بالنسبة للبنين ، بينما تقل الضغوط الوالديه بالنسبة للبنات فيما يتعلق بالإنجاز والاعتماد على النفس ، كما أن الوالدين يكونان أكثر ضبطا للبنات وتقييدا لأنشطتهن من البنين وان كانوا أقل رغبة في توقيع العقاب عليهن ، بينما تستخدم أساليب الإجبار مع البنين بشكل أكثر*(ممدوحة سلامة ١٩٨٤)*.

(٣) الخصائص المزاجية للطفل

ركزت الدراسات النفسية لفترات طويلة على إدراك الأطفال لأساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بخصائص شخصياتهم او اضطرابهم النفسي والعقلي ، وأهملت الدراسات دور الأطفال أنفسهم من حيث طبيعة شخصياتهم وحالاتهم المزاجية في اضطراب العلاقة مع

الوالدين. ويشير المزاج Mood إلى الجوانب السائدة في الشخصية والتي تظهر بعض الثبات أو الاتساق عبر المواقف المختلفة وعبر الزمن ، وغالبا ما ترتكز الفروق بين الأطفال في المزاج على بعض السمات مثل مستويات النشاط، والاستجابات الانفعالية ونوعية الطباع Moods والقابلية للتكيف الاجتماعي، ويمكن التمييز بين الأطفال في بعض السلاسة والصعوبة في التعامل فالأطفال الذين يتسمون بالسلاسة يتسمون بالطبع الايجابي والتوجه نحو المثيرات الجديدة. وقابلية التكيف للتغيير ، وانخفاض مستويات الحدة في ردود افعالهم للمثيرات الجديدة ، في حين أن الأطفال الذين يتسمون بصعوبة التعامل معهم يبدون انحرافات عكسية لتلك السمات التي ذكرناها ، ويكون من المحتمل لهم أن يظهروا مشكلات سلوكية . (آلان كازدين : ٢٠٠٠ : ١١٠) .

وتبدو الفروق المزاجية بين الأطفال منذ لحظة الميلاد في الجوانب الآتية:

١) مدى انتظام الدورات البيولوجية ، أي انتظام النوم والاستيقاظ والجوع والشبع والاخراج .. إلخ.
٢) مدى تكيفهم بالمواقف المتغيرة ، أي إلى أي مدى يتغير سلوكهم كاستجابة للتغيير في الظروف البيئية .
٣) شدة استجاباتهم الانفعالية ،أي ما إذا كانوا يعبرون عن سرورهم بالابتسام أو الضحك ، وما إذا كانوا يعبرون عن استيائهم بالبكاء الخافت لفترات قصيرة أم بالصراخ والتشنج لفترات طويلة .
٤) مستوى النشاط ، أو مدى ما يبذلونه من طاقة حركية.

ويزداد احتمال ظهور المشكلات النفسية لدى الأطفال الذين تضطرب لديهم دورات النوم والاستيقاظ ، أو الذين يجدون من الصعوبة التكيف مع المواقف الجديدة ، أو الذين تتميز استجاباتهم الانفعالية بالشدة أو الذين يتميزون بحالات مزاجية سلبية كالتهيج وعدم الاستقرار والحزن والتعاسة. (ممدوحة سلامة١٩٩٠: ١٢٣)

ويبدو أن الخصائص المزاجية للطفل عاملا حاسما في العلاقة مع الوالدين، فالأطفال الذين تضطرب دوراتهم البيولوجية (النوم – الأكل) والذين تكثر حالاتهم المزاجية السلبية بالإضافة إلى نقص المرونة ، كانوا أكثر الأطفال قابلية للاصابة بالاضطرابات السيكاترية ،ولعل السبب في زيادة خطر الإصابة بالاضطراب في حالة سوء المزاج الطبيعي للطفل يرجع جزئيا إلى تأثير الخصائص المزاجية للطفل على معاملة الوالدين له ، فقد وجد أن الوالدين يكثرون من النقد لاطفالهم ذوى الخصائص المزاجية السلبية بمعنى أن

الخصائص المزاجية السلبية تجعل الطفل اكثر عرضة للإنتقاد والتأنيب من قبل الوالدين، وعليه فإن الخصائص المزاجية للطفل قد تزيد أو تقلل من خطورة ما يترتب على المنازعات الأسرية من اضطراب نظراً لما لها من تأثير على نوعية التفاعل القائم بين الوالدين والطفل ، ففي وجود شقاق أسرى واضح فإن ايجابية الخصائص المزاجية للطفل قد تقيه من الصراع ، ومثل هؤلاء الأطفال وصفتهم امهاتهم على أنهم محبون ، هادئون ، إيجابيون، نشطون.

(٣) عوامل خاصة بالأسرة

في المشكلات النفسية والعقلية وخصائص الشخصية السلبية لدى الأطفال تصدق مقولة " ابحث أو فتش عن الأسرة " حيث إن أى مشكلة يعاني منها الطفل غالبا ما تعبر عن مشكلة تعاني منها الأسرة ، وفي هذا الإطار يشير *مصطفى زيور(١٩٨٥ : ٢١٤)* إلى أن وراء كل طفل مضطرب شخصاً أكثر اضطراباً يدفعه إليه، كما أنه لا يوجد أبناء مشكلون ولكن هناك آباء مشكلون. ، كما يشير *آكرمان(Ackerman , 1994 : 238)* في كتابه سيكوديناميات الحياة الأسرية The psychodynamics of Family life إلى أن الاضطراب النفسي للطفل هو عرض Symptom أو علامة Sign على اضطراب العلاقات داخل الأسرة، كما أن الاضطراب النفسي أو العقلي للطفل هو تعبير عن اضطراب شخصية الوالدين ذاتهم وسوء معاملتهم لابنائهم .

وسوف نناقش العوامل الخاصة بالأسرة من خلال : أ- التعرض لخبرات الفقد ب-الشقاق الأسرى والطلاق ، جـ- التعرض لخبرات الإساءة د- المعاناة الاقتصادية هـ-إدمان الوالدين و- المرض النفسي والعقلي واضطرابات الشخصية لدى الوالدين ز- السلوك الإجرامي للوالدين ح - الحماية الوالدية الزائدة .

(أ) التعرض لخبرات الفقد

الموت كارثة وخسارة هائلة ، للفرد والعائلة والمجتمع ، فالموت ينهي الحياة ويعطل إلى الأبد عطاء الفرد وتفاعله وربما تأثيره على مجرى الحياة حوله. وانتهاء حياة الإنسان يحسم بشكل نهائي مسألة وجوده ، ولكن يخلق في البيت واقعاً جديداً ، فتلغى بعض الاعتبارات والالتزامات والأعباء وتستجد في حياة الأسرة مسئوليات وواجبات ومواقع . ويرتبط موت الفرد بكل زمان ومكان - باحساس الآخرين حوله بالحزن والفقدان ، ويتراوح هذا الشعور والانفعال في قوته وشدته ومداه بين فرد وآخر تبعا لقوة الروابط ، وتؤثر في قوة وحجم الانفعال عوامل اجتماعية واقتصادية وقانونية، اضافة إلى العوامل النفسية والعاطفية ،

وتؤثر مقومات شخصية الفرد ومعتقداته على طريقة انفعاله أثر الصدمة النفسية بفقدان شخص عزيز ، كما للتجربة الحياتية والعمر والخبرة تأثير في ذلك ، والموت يمثل قمة الخسارة والفقدان ، وقد يحدث الفراق لأسباب أخرى غير الموت ، كالهجرة ، والافتراق ، والطلاق ، والحبس وغيرها. وإذا كان الموت يرتبط بفقد أحد الوالدين فإن هذا قد يحدث ضرراً كبيراً على النمو النفسي للطفل - ما لم تتدخل عوامل مخففة أو واقية . وعند غياب الأب بسبب الموت ، وحين يدرك الأبناء أن الوالد لن يعود مرة ثانية فإنهم يشعرون بالفقد كما يحولون مشاعرهم تجاه الوالد الموجود رغبة في استعادة ذلك الأمن الذي كانوا يشعرون به قبل ذلك ، وفي كثير من الأحيان يكون الوالد المتبقي على الحياة إما غارقاً في أحزانه أو قد تشغله المشكلات الناشئة عن فقد الشريك وهنا قد يشعر الأبناء بمزيد من الوحدة الأمر الذي قد يغير العلاقات الأسرية.(*ممدوحة سلامة ١٩٩٠ : ٣٢*)

ويشير *مايكل راتر (١٩٩١)* إلى أن الوفاة في حد ذاتها قد لا تؤدي إلى المشكلات النفسية للأطفال وإنما المشكلات قد تعود إلى الأمراض المزمنة للوالدين والتي قد تسبق الوفاة أو قد تعود إلى معاناة الطفل من الوفاة كحدث ضاغط إلى معاناة الأسى والحزن الشديد للوالد الباقي على قيد الحياة مما يؤثر على توافق الطفل ، كما أن وفاة الوالد عادة ما يترتب عليها تغير في الأدوار الأسرية وتدهور اقتصادي واجتماعي للأسرة ، وهذا الدور يمثل ظرفاً ضاغطاً سيئاً لا سيما إذا كان الوالد المتوفى من نفس جنس الطفل .(*مايكل راتر ترجمة ممدوحة سلامة ١٩٩١: ٦٦-٦٩*)

ويضيف *راتر (Rutter , 1983)* إلى أن الفقد بالوفاة في مرحلة الطفولة الباكرة من الممكن أن يجعل الطفل أكثر حساسية لأي خبرة فقد تالية ، وقد يصبح أكثر اكتئاباً ولكن هذا يتوقف على عدة متغيرات منها طبيعة علاقة الطفل بالوالد المتوفى ، وعمر الطفل وكفاية عمق العلاقة مع الوالد الباقي على قيد الحياة. وسوف يتم مناقشة تأثير الفقد لأحد الوالدين على الطفل من خلال : (١-عرض بعض المفاهيم المتعلقة بالموت ٢-إدراك الطفل معنى الموت ٣- مراحل الأسى ٤- أعراض الأسى ٥- عوامل الخطورة في التأثر بخبرات الفقد ٦- عوامل الوقاية وسرعة التعافي من الأسى)

١- بعض المفاهيم المتعلقة بالموت :

*** الأسى Grief**

الأسى هو مجموعة من الاستجابات الوجدانية والفسيولوجية والمعرفية التي يصاحبها بعض الطقوس الحدادية تصدر من الفرد حين يتوفى أحد المقربين إليه، وتستمر

لفترة زمنية تتلاشى بعدها بالتدريج عبر مراحل متتابعة . (ظريف شوقى وعبد المنعم شحاته ١٩٢٣) وهو كذلك " انفعال حاد من الألم والمشقة والكرب واليأس يأتى فى أعقاب حادث مفجع كموت عزيز مثلاً ويتضمن مشاعر من الإنكار وعدم التصديق ، وفى أغلب الأحيان شعوراً بالذنب ، لوم الذات ، كما يصاحبه استجابات سلوكية كالبكاء والغضب واستجابات معرفية مثل الاسترجاع القهرى لصورة المتوفى والتفكير الملح فيه ، ومحاولة البحث فى أسباب الوفاة ، وغالباً ما يلازم الأسى أعراض فسيولوجية ومتاعب جسمية ذات مغزى نفسى .(مايسه النيال ١٩٩٩: ١٣١)

الحداد Mourning

ويشمل على بعدين أحدهما خاص بالفرد حيث يعبر الحداد عن العمليات الداخلية التى يقوم معها الشخص للتوافق بطريقة مناسبة أو غير مناسبة عند وفاة شخص عزيز واجتماعياً الحداد هو مجموعة من الطقوس والممارسات الاجتماعية التى يتبعها الفرد عند فقد شخص عزيز .

الفجيعة Berevement

والفجيعة تشمل كل من مشاعر الأسى وعمليات الحداد تبدو أنها العملية الاجتماعية للاستجابة الانفعالية تجاه فقد شخص حبيب ; (Emery & Forehand , 1996 .64-99)

(٢) إدراك الطفل لمعنى الموت :

يتباين إدراك الطفل لمعنى الموت بتباين المرحلة العمرية التى يمر بها كما يلى :

- فى المرحلة العمرية من٣ – ٥ سنوات لا يدرك الطفل معنى الموت فهو يرى الموت حالة تشبه النوم ويعتقد أن من مات من الممكن أن يعود وإذا حدث موت لشخص محبوب لديه فهو يدرك الموت على أنه عقاب له ويعانى من أعراضه .
- فى المرحلة العمرية من٥–٩ سنوات يدرك الطفل معنى الموت ويدرك أنه نهاية للحياة وأن الميت لا يعود ، ويخاف أن يموت الآخرين.
- فى المرحلة من ١–١٤ سنة تنمو القدرات المعرفية للطفل ويدرك أن الموت معناه فقد الشخص ، ويبدأ يعانى من الخوف من موته شخصياً. ويشعر بالغضب والذنب ، وينسحب من العلاقات الاجتماعية ، ويبدأ فى محاولة معرفة عواقب موت الوالد (خاصة فيما يتعلق بالأمور المادية).

• ومن سن ١٥-١٨ سنة يظهر المراهق مشاعر الأسى والحزن لفقد شخص عزيز ويبدأ فى مساندة الأخرين عندما يتعرضون لخبرات فقد ، وتنمى لديه القيم الدينية الخاصة بالصواب والخطأ .. الخ *(Clark et al., 1996 : 100-146)*.

(٣) مراحل الأسى :

(أ) الصدمة Shock وعدم التصديق Disbelief

تبدأ مراحل الآسي بصدمة الطفل وعدم تصديقه وإنكاره لوفاة الأب خاصة لو كانت الوفاة مفاجئة او غير متوقعة والصدمة وعدم التصديق يرتبطان بالمرحلة العمرية التى يرتبط بها الطفل كما سبق أن ذكرنا .

(ب) الاحتجاج والاشتياق :Protest and Yearning

ويبدأ الآسي فى هذه المرحلة بالاحتجاج على حدوث وفاة من يمت من خلال البكاء والصراخ والبحث عن الأم ، ثم يليها الاشتياق والحنين له ، وهناك ستة أنواع من الاستجابات الشائعة فى هذه المرحلة وهى : فرط النشاط الحركى ، والانشغال بالتفكير فى الشخص المتوفى ، وتخيل وجوده ، والتركيز على الأشياء ذات العلاقة به ، ومناداته بشكل رمزى أو فعلى ، والإصرار على البحث عنه .

كما يعانى من اضطرابات فسيولوجية مثل اضطرابات النوم وفقدان الشهية بالإضافة على الاكتئاب والإحباط .

(جـ) الياس Despair وعدم التنظيم Disorganization

ويبدأ الفرد -فى هذه المرحلة- فى تقبل حقيقة موت شخص عزيز وتعد هذه المرحلة معقدة ومؤلمة وتستغرق وقتا طويلاً ، ويسود فى هذه المرحلة الانسحاب واللامبالاة ولا يستطيع الفرد فى هذه المرحلة ممارسة أنشطته الروتينية ويرفض الاشتراك فى مهام جديدة ، ويعانى من أعراض جسمية مثل فقدان الشهية العصبى ، فقدان الوزن ، اضطرابات النوم .

(د) إعادة التنظيم Reorgnizction

ويبدأ الطفل فى هذه المرحلة فى اظهار بعض التجارب مع الآخرين ، ويدرك حقيقة انفصاله عن الشخص المتدنى ، ويحاول ان يبحث عن علاقات جديدة، وتعد هذه المرحلة غاية فى التعقيد حيث إن الشخص المكروب عليه أن يتقبل واقعه الجديد ويتوافق معه ، ويكون مفاهيم ادراكية جديدة ويجد أساليب جديدة لمواجهة المشكلات.

(مايسه النيال مرجع سابق : ١٣٢).

واستدماج الخبرة في الإطار المعرفي والوجداني للفرد وتقبلها تكون إيذانا بعودة الفرد إلى الحياة الطبيعية والاستفادة من هذه الخبرة وإعادة التوافق من جديد والمراحل السابقة هي المراحل الطبيعية لخبرات الأسى عند معظم الناس ما عدا الأشخاص الذين يعانون من الأسى المزمن Chronic Grif فإن أغراض الأسى قد لا تقل لديه كثيرا من الوقت وقد يصاب بالاكتئاب ويخاف من فقد الموضوعات التي يتعلق بها ويعاني من زملة من الأعراض الجسمية والمعرفية والوجدانية المرتبطة باستمرار الأسى . *(Hodgkinson & Stewert, 1998 : 40)*

(٤) أعراض الأسى :

*** أعراض معرفية : (تذكر الأحداث أو المواقف المرتبطة بالوالد المتوفى ، لا يستطيع التركيز في الدراسة بشكل كاف ، يشعر بأن الوالد المتوفى مازال على قيد الحياة ويكلمه ، النسيان ، انخفاض تقدير الذات ، صعوبة احيانا في تذكر الأحداث ، كوابيس ليلية وأحلام مزعجة ، لوم الذات . عدم القدرة على اتخاذ القرارات ، صعوبة التنبؤ بالمستقبل والتشاؤم بشأنه).

* اعراض جسمية : (الشعور بالإعياء والتعب ، فقدان الطاقة والحيوية ، اضطراب التنفس ، اضطراب في ضربات القلب ، انقباض الصدر ، الصداع ، فقدان الشهية ، اضطراب النوم).

* أعراض انفعالية : (الحزن ، الغضب الموجه نحو الذات أو المجتمع ، الشعور بالذنب للتقصير نحو المتوفى ، التوجس وتوقع الشر والخطر ، الياس ، العجز ، الاكتئاب ، العدائية).

* أعراض سلوكية: (الانسحاب ، عدم القدرة على التواصل ، الاندفاعية ، المشي بدون هدف ، رفض الحديث ، البكاء ، السلوك المضاد للمجتمع ، عدم القدرة على التعلق بموضوع معين).

أعراض اجتماعية : (الانسحاب ، الاعتمادية ، الحساسية الزائدة ، تجنب الآخرين ،نقص القدرة على المبادأة ، فقد الاهتمام بالأشياء والأحداث ،النشاط الزائد أو فقد القدرة على النشاط ،صعوبات في اقامة العلاقات مع الآخرين). (Thompson, 2004 : 164-171)**

(٥) عوامل الخطورة في التأثر بخبرات الفقد :

هناك الكثير من عوامل الخطورة التي قد تزيد من أعراض الأسى الناتج عن فقد شخص محبوب ، وأهم هذه العوامل:

أ - نوع الفقد أو نوع الفجيعة : حيث إن الفقد المفاجئ أو غير المتوقع ، وكذلك الفقد الناتج عن حوادث فظيعة أو مروعة مثل (الاغتصاب ، حوادث الطيران ، السيارات ، الحرائق ، الزلازل) ومثل هذه الأحداث تشكل صدمة شديدة للطفل لا تستطيع النفس أن تستوعبها. والموت المفاجئ قد يزيد من مشاعر الأسى لدى الطفل ويجعل أكثر عرضة للأعراض المرضية (القلق ، الاكتئاب ، الأعراض السيكوسوماتية) وتزايد مشاعر عدم القيمة ، وعدم القدرة على المواجهة والتوجس وتوقع الشر دائماً. كذلك يتزايد لديه الشعور بعدم التحكم في مجرى أمور حياته ، ويشعر بالعجز حيال ما يحدث به وتُحدث الوفاة المفاجئة للوالد أعراض عند الطفل يُطلق عليها أعراض الفقد غير المتوقع Unexpected loss Symdrome ، وهي زملة من الأعراض تتكون من الانسحاب الاجتماعي ، والذهول وعدم التصديق والارتباك والاحتجاج والغضب والخوف من المجهول، وهذا كله يؤدى إلى فقد الثقة في العالم كله Loss of Trust in World .

ب- خصائص علاقة الطفل بالفقيد " الميت ": تزداد خطورة الفقد إذا كان الشخص المتوفى هو الأم والتى قد تترك أبنائها فى السنوات الأولى التكوينية للنمو النفسى والشخصية. كذلك يزداد تأثير الوفاة إذا كانت علاقة الطفل بالوالد المتوفى علاقة اعتمادية أو كفلية Symbiotic Relationship .

جـ- عمر الطفل : يبدأ تعلق الطفل بالأم من عمر ٦ شهور والوفاة بعد أن يتعلق الطفل بالأم تحدث لديه أعراض الأسى ويتأثر الأطفال والمراهق بوفاة الوالدين حتى نهاية المراهقة ، وبعد المراهقة قد يقل تأثير الوفاة لنضج المراهق وقدرته على إقامة علاقات مع الآخرين أو للانشغال فى الزواج والأسرة والأبناء والعمل ما عدا الذين يعانون من الأسى والمرض.

د- خصائص شخصية الطفل :

توجد عوامل خطورة فى شخصية الطفل تجعله أكثر تأثراً ، هى : الحرمان من إشباع الحاجات الأساسية للحب والرعاية والشعور بالرفض ، الاعتمادية الزائدة على الفقيد ، التعلق الزائد أو التشبث بالفقيد ، انخفاض تقدير الذات والشعور بنقص الكفاية الشخصية ، إرتفاع مستوى القلق والتوتر، التاريخ المرضى السابق فى الإصابة بالأعراض النفسية ، التاريخ السابق فى الاكتئاب ومحاولات الانتحار والإدمان ، الإصابة بأمراض جسمية مزمنة (السكر ، الربو .. الخ) ، عدم القدرة على تحمل الإحباط ، الخبرات السابقة فى الانفصال والضغوط ، لوم الذات الزائد ، عدم القدرة على التعبير الانفعالى).

هـ- الظروف الاجتماعية :

قد يشكل السياق الاجتماعي والظروف الاجتماعية عامل خطورة يؤثر بشكل مباشر في أعراض الأسى أو يزيد من وقعها على الطفل ،وأهم هذه الظروف: (تعدد الصدمات والأزمات وخبرات الفقد في أوقات متقاربة، إنخفاض المستوى الإجتماعي والاقتصادي والمعاناة الاقتصادية وعدم كفاية الدخل ، غياب المساندة الاجتماعية من الأسرة والمحيطين ، التعلق غير الآمن ، تعطل الوالدين عن العمل ، عدم التدين ، عدم النضج الانفعالي للوالدين وعدم تمكنهم من التفاعل مع خبرة الفقد بشكل واعٍ وعدم قدرتهم على السيطرة على انفعالاتهم، وفقدان الاتصال والحوار بين الطفل والأهل والتزام الأهل الصمت والحذر قد يزيد من وقع صدمة الفقد على الطفل خاصة وأن تعبير الطفل عن مخاوفه وتحدثه عن خبرة الفقد يساعدانه على فهم الصدمة والتعامل معها والاستعادة المعرفية لمعنى الصدمة) Hodgkinson & Stewart 1991: 132; Clark et al., 1996 (: 100-146, Sanders, 1988; 97-111)

و - عوامل الوقاية وسرعة التعافي من الأسى :

توجد بعض العوامل التي تقلل من تاثير موت أحد الوالدين على الطفل مثل أن يكون الوالد لديه مرض مزمن أو شديد أن تكون علاقته بالطفل سيئة ولكن توجد بعض العوامل الواقية الأخرى التي قد تقلل من تاثر الطفل بموت أحد الوالدين ، ومنها : (تماسك الوالد الباقي على قيد الحياة ومساندته للطفل ، المساندة الاجتماعية من الأهل والاقارب والاصدقاء والمعلمين، الطفل الذي تربى على الاستقلالية وتحمل المسئولية وتحمل الإحباطات خصائص الشخصية الإيجابية التي تعطي الطفل القوة في مواجهة المشكلات ومنها تقدير الذات الإيجابي والاعتقاد في إمكانية السيطرة على الأحداث والشعور بالكفاية الاجتماعية والشخصية ،وجود معاني تربط الطفل بالحياة (العلاقات مع الأقران ، النجاح الدراسي ، الهوايات) ، عدم تأثر دخل الأسرة كثيراً بموت الوالد او ارتفاع المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة ، حديث الأهل مع الطفل عن الوالد المتوفي ومعنى الوفاة والآثار المترتبة عليه وذلك على قدر عمر الطفل ،إتاحة الفرصة للطفل للتعبير الانفعالي).
(*Clark et al., 1996 ; 100- 146)*

(ب) الشقاق الأسري والطلاق

أحل الله الطلاق ولكنه أبغضه في الوقت نفسه ﴿ إن أبغض الحلال عند الله الطلاق ﴾ وحين يبغض الله شيئا فهذا معناه أنه شيئ سيئ مقيت وكريه .. والله عز وجل

يبغض ويمقت ويكره كل ما يسئ إلي علاقة إنسانية .. كل ما يهدر رابطة بين إنسان وإنسان ، كل ما يقطع صلة قرابة او رحم يقوم على أساسها الكون وتستمر الحياة ، كل ما يجرح قدسية الصحبة الطيبة من رجل وإمرأة. والطلاق رغم أنه العلاج الاجتماعي والقانوني الناجح لزواج فاشل . إلا أنه يؤدي إلى الاضطراب النفسي والاجتماعي للوالدين والأطفال وهو يؤدي إلى تغيير حاد في نمط الحياة الأسرية ويتطلب إعادة التوافق Readjustment، ويحتل الطلاق المرتبة الثانية بعد وفاة أحد الزوجين من حيث شدته كعامل مثير للضغط وطول المدة الزمنية اللازمة للتكيف معه.(Wallerstein, 1983 : 265- 302) ومن خلال خبرته لمدة ٣٥ عاما في دراسة الأسر المطلقه أشارت *هيثرنجتون* *Hetherington, 2002* إلى أن مشكلة الطلاق تحدث تغيراً كبيراً في حياة الأسرة وتبدأ المشكلة في خلافات قبل الطلاق ثم عملية الطلاق ثم توابع الطلاق على الوالدين والأبناء (جسميا ، نفسيا ، اقتصاديا، اجتماعيا) مما يشكل أزمة أسرية تتطلب الكثير للتوافق معها وتجاوزها .

وفي ذات الوقت اشارت *هيثرنجتون (١٩٨٩)* إلى أن آثار الطلاق قد تتلاشى مع مرور الزمن بفعل متغيرات كثيرة ، منها (شبكة المساندة الاجتماعية المتاحة للام ، تعاون الأبناء ، العلاقة مع الزوج ، دخل الزوجة) . كما أشارت إلى أن المرأة بعد الطلاق يصيبها مشاعر الحزن والغضب والإحباط والاكتئاب والقلق مما يجعلها تكون أقل في رعاية أبنائها وأقل اتصالاً وتفاعلاً معهم وأقل محبة لهم ، كما أن الأبناء يعانون من عدم اتساق ضوابط الأم معهم مما يجعلهم أكثر اضطراباً. وبعد مضى سنتين تصبح الأم أكثر رعاية للأبناء وأكثر حباً واندماجا في أنشطتهم واكثر ضبطا لهم مما يجعل الأبناء أكثر ثقة وكفاية وشعور بالقيمة . وبعد مضى ست سنوات من الطلاق تصبح الأم المطلقة في كفاءة الأم غير المطلقة.

وسوف نناقش موضوع الطلاق من خلال (١- الآثار المحتملة للطلاق على الأطفال ،٢-تأثير الطلاق على الأطفال بين عوامل الخطورة والوقاية ، ٣- بعض الجوانب الإيجابية للطلاق ، ٤-دور الوالدين في توافق الطفل مع الطلاق ٥- مهام الطفل في التكيف مع الطلاق) .

١) الآثار المحتملة للطلاق على الأطفال :

يبدو أن الخلافات والنزاع والمشاجرات التي تسبق الطلاق وليس الطلاق في حد ذاته ، هو الذي يؤثر على الطفل ويؤدي إلى المشكلات النفسية والسلوكية والمعرفية والاجتماعية خاصة إذا اقترنت هذه المنازعات المزمنة بنقص الحب الوالدي للأبناء مما

يكون أكبر الضرر على الطفل ، ويبدو أنه كلما طالت المنازعات الأسرية زاد شدة وقعها على الطفل ولا تخفف من هذه الآثار الضارة سوى وجود علاقة طيبة مع أحد الوالدين.

(مايكل راتر: ترجمة ممدوحة سلامة : ١٩٩١)

وتزداد الآثار السيئة للطلاق على الأطفال خاصة في السنة الأولى بعد الطلاق حيث تواجههم الكثير من الصعوبات التي تضر توافقهم النفسي وهذه الآثار المحتملة تتلخص فيما يلي :

- تزايد المشكلات الانفعالية (الحزن ، الألم، الشعور بالانحراج والقلق، الاكتئاب، التعصب، المخاوف المرضية ، الخجل).
- تزايد المشكلات الجسمية (اضطراب النوم ، اضطرابات الأكل ، الشكاوى الجسمية).
- تزايد المشكلات السلوكية (الهروب من المدرسة ، إدمان المخدرات، النشاط الجنسي المبكر).
- تزايد المشكلات المعرفية (توقع الشر، تعميم الفشل ، لوم الذات، عدم القدرة على تنظيم الذات).
- تزايد المشكلات الدراسية (الفشل الدراسي ، ضعف القدرة على الانتباه والتركيز والتذكر وانخفاض القدرة على التحصيل). *(Emery & forehand, 1996 : 65-75)*
- إذا كان الطفل قد تعرض للضرب قبل الطلاق من الوالد فإنه يتوحد بالوالد المعتدى Identification with aggressor حيث يدرك الطفل أن العدوان هي الوسيلة الفعالة للسيطرة على الآخرين وتحقيق الأهداف، مما يمثل عامل خطورة للتنبؤ بعدوانية الطفل ورفضه من أقرانه (*هبة محمد على: ٢٠٠٣*) .
- الشعور بالنقص وأنهم اقل من زملائهم الذين يعيشون مع الأب والأم.
- الشعور بانهيار الثقة بالنفس والفشل والإحباط واللاأهمية .
- مواجهة الحياة والمجتمع والمدرسة في ظل الحياة مع والد واحد لأن هناك مشكلات تتطلب وجود الأب ومشكلات تتطلب وجود الأم ومشكلات تتطلب وجودهما معاً.
- تزايد احتمالية الانحراف في حالة عدم متابعة الطفل من أحد والديه.

- اضطراب في التوحد حيث إن الطفل الصغير غالبا ما يقيم مع الأم ويحرم من النموذج الذكرى المتمثل في الأب وعملية التوحد تحتاج إلى التواجد البدن والنفسى (الحب) للأب وبالتالى فإنه عند غيابه قد يضطرب توحد الطفل ، وقد تضطرب هويته .
- عدم القدرة على إقامة علاقة محبة دائمة في المستقبل حيث يتولد لديهم الشعور بعدم الثقة في العلاقات الزواجية ويكون النموذج التصورى لديه عن الزواج أنه مرتبط بالخلافات والاضطرابات والطلاق مما يجعلهم قد يحجمون عن الزواج وإذا تزوجوا قد تضطرب علاقاتهم الزواجية .
- التغيير في البيئة الاجتماعية حيث إن معظم الأطفال يتركون بيوتهم إلى بيوت جديدة مع أحد الوالدين أو غيرهما ،وينتقلون من مدارسهم وينقطعون عن أصدقائهم ، وتواجههم مشكلات في التوافق مع مدارسهم الجديدة، وفي تكوين صداقات في المناطق التي انتقلوا إليها .
- عدم قدرة الطفل على التفاعل مع والديه بحرية بعد الطلاق ، حيث إنه عندما يقيم الطفل مع أحد والديه يجد صعوبة في الاتصال مع الوالد الآخر ويحرم من التعامل معه بحرية .
- الصعوبات المالية التي تواجه الوالدة الحاضنة في الانفاق على الطفل حيث إن انخفاض دخل المطلقات مع زيادة اعبائهن المالية يؤثر على كفائتهن في توفير حاجات الطفل وتحقيق أمنه النفسى ، فالعجز المادى للحاضنة يؤثر على رعايتها النفسية للطفل . . *(كمال مرسى، ١٩٩٠ : ٢٨٩)* .

٢- تأثير الطلاق على الاطفال بين عوامل الخطورة والوقاية :

أولاً : عوامل الخطورة :

(أ) العمر :

قد لا يعتبر العمر عامل وقاية أو خطورة ، ولكن التاثر بالطلاق يرتبط بطبيعة علاقة الطفل بوالديه وإدراكه لمعنى الطلاق ومساندة الوالد الذى يعيش معه الطفل ، ومن المعروف أن الأطفال الأكبر سناً يكونون أكثر وعياً وفهما للطلاق وأقل تضررا معه وأكثر توافقا معه . *(Hetheringtioin , 1989)*، ولكن قد يكون هناك احتمال لبعض التأثيرات المرتبطة بالطلاق عبر مراحل الرضاعة والطفولة المبكرة والمتأخرة. فالطلاق يحرم الطفل الرضيع من إشباع حاجته إلى الأمن وذلك عندما يكون في حضانة أم غير مستقرة نفسيا

وتعانى من الإحباط والوحدة والاكتئاب ولا يستطيع إشباع حاجاته النفسية خاصة فى السنة الأولى مما ينمى لديه شعور بعدم الثقة.

- وفى مرحلة ما قبل المدرسة (٣-٥ سنوات) قد يظهر الابن مشاعر الاعتمادية الزائدة ومشاعر الذنب على انه سبب للطلاق والتشبث بالأم والعدوان والتخريب وكثرة الشكاوى والبكاء ، بالإضافة إلى ارتفاع معدلات المخاوف المرضية واضطرابات النوم واضطرابات الإخراج وصعوبات فى النطق .
- أما طفل المرحلة الابتدائية فإنه يعى الخلافات الوالدية ويدرك معنى الطلاق ولا يستطيع أن يمنعه مما يشعره بالحزن والعجز والياس والاكتئاب والقلق ، وقد يصاب ببعض الأمراض السيكوسوماتية، ويعتبر رحيل الوالد رفض له وتتدهور علاقاته مع اقرانه .
- أما فى الطفولة المتأخرة والمراهقة فقد تتزايد لديهم المشكلات السلوكية والانفعالية فيكون إدمان المخدرات والعلاقات الجنسية المبكرة والشعور بالرفض من الآخرين. *(كمال مرسى : مرجع سابق)*.

(ب) النوع:

من المعروف أن الذكور أكثر تأثراً بالطلاق من الإناث ، وتظهر عليهم المشكلات السلوكية وهذا قد يعود إلى حرمان الذكور من الأب والتواصل معه مما يضر نموهم العقلى والاجتماعى والانفعالى ، كما أن الأم المطلقة من المحتمل أن تتشدد فى معاملة الأبن الذكر لكى ينشأ على الصلابة والقوة أو أنها تعتبره أمتداد لوالده الذى تكرهه مما يجعلها تسيئ معاملته .

واشارت دراسة *حسن مصطفى(٢٠٠٤)* إلى عدم وجود فروق بين الجنسين فى المشكلات الناتجة عن الطلاق ، فالإناث أكثر معاناة من المشكلات الانفعالية والذكور أكثر معاناة من المشكلات السلوكية ، كما أن كلا الجنسين يعانون من مشكلات انفعالية مشتركة ، ومرجع ذلك إلى أن الأبناء الذين يعيشون مع أم غيره مستقرة بسبب طلاقها أو يعيشون مع أبيهم وزوجته يتعرضون لخبرات التفضيل والغيرة من أخوتهم لأبيهم ، وعادة لا يشعرون بالأمن والطمأنينة لا فى أسرة الأم (خاصة إذا تزوجت من آخر) ولا فى أسرة الأب (الذى ينشغل بزوجته وأطفاله منها) ، فيدركون الإهمال ولا يجدون الرقابة أو الرعاية ، وبالإضافة إلى المشكلات الأسرية التى تؤثر على الإناث والذكور ، فإن معرفتهم بقرار الطلاق ورحيل أحد الوالدين عن المنزل يظل من الأحداث التى لا تنسى لدى الجنسين .

ومن النتائج المثيرة للاهتمام ما أشار إليه (Wallerstein, 1983) من أن الفروق بين الجنسين فى التأثر فى الطلاق هى فروق تحدث فقط فى السنة الأولى عقب الانفصال النهائى ومن خلال دراسة تتبعية اتضح أن الفروق تلاشت بين الجنسين بعد مضى خمس سنوات.

(جـ) أساليب المواجهة :

استخدام أساليب التجنب ولوم الذات من عوامل الخطورة التى تزيد من وقع خبرة الطلاق على الطفل .

(د) معتقدات الأطفال وتقييمهم لواقعة الطلاق :

قد يبالغ الأطفال فى تحريف الخبرات المرتبطة بالطلاق ويشعرون بالذنب والخجل والقلق الغامر وتنتابهم الأفكار الانتحارية ويلومون ذواتهم على أنهم السبب فى طلاق الوالدين ، ويدركون أنهم سوف يفشلون فى حياتهم كما فشلوا فى إعادة شمل أسرتهم *(Sheets , 1996 : 166 : 2182)*

ثانياً : عوامل الوقاية من الآثار المحتملة للطلاق :

أ – عوامل خاصة بالطفل :

الحالة المزاجية (سلس – لطيف – نشيط) ، العمر : الأكبر سناً اقل تضرراً ، الذكاء ،الفاعلية الذاتية ، المهارات الاجتماعية ، القدرة على التعاطف ، مصدر الضبط الداخلى ، روح الدعابة، الجاذبية للآخرين.

ب – عوامل اسرية : المساندة والدفء الوالدى ، التفاهم والتعاون والاحترام المتبادل بين الوالدين ، كفاية دخل الأسرة .

جـ– عوامل خارج الأسرة : المساندة من الجد (الجدة) والأقران ، النجاح الدراسى(Emery & forehand, 1996 : 80).

٣ – بعض الجوانب الإيجابية للطلاق :

رغم الآثار السلبية للطلاق مع الوالدين والأبناء إلا أنه توجد بعض الجوانب او العواقب الإيجابية للطلاق فبالنسبة للزوجين فهو يؤدى إلى انهاء علاقة تعيسة متوترة غير مستقرة فيها خلافات ومشاحنات وصراعات ، كما أنه قد يكون فرصة للنمو الشخصى Personl Growth والشعور بالذات واعادة تنظيم الذات ، كذلك فإنه فرصة لبناء علاقات جديدة وفرصة لاعادة التوافق واستئناف الحياة المستقرة ، إما مع شريك آخر أو منفرداً.
(Hetherington & Kelly 2002)

وبالنسبة للأطفال فإن إمرى (Emery, 1988) يري أن بعض الأطفال في ظل زيادة الأعباء على الأم المطلقة يبدأون في مساعدة الأم وتحمل بعض المسئوليات والتقليل من النفقات في جوانب الترفيه ، كما يصبحون أكثر نضجاً واستقلالية وأكثر قرباً من الأم وأكثر تعاطفاً معها ومشاركة لها في همومها . وبالنسبة للمراهقين فقد يكون للطلاق تأثير إيجابي عند بعضهم فيدفعهم إلى النضج الانفعالي والاجتماعي المبكر عندما يشعرون بالمسئولية على إخوانهم وأخواتهم بعد الطلاق ، فيعملون مع أمهاتهم في رعاية الصغار وحمايتهم والإنفاق عليهم. *(كمال مرسي : مرجع سابق : ٢٩٢)*

٤- دور الوالدين في توافق الطفل مع الطلاق :

تتلخص مسئولية الوالدين في ضرورة الفصل بين أدوارهما الزواجية التي انتهت بالطلاق وأدوارهما الوالدية التي تستمر بعد الطلاق ، ويجعلان الطلاق نهاية لخصوماتهما وخلافاتهما الزواجية. وقد أشار الباحثون في هذا المجال إلى التعاون المتبادل بين الزوجين يُعد الطلاق أهم عامل في حماية الأطفال من الآثار السلبية للطلاق على نموهم النفسي وأهم عامل في تنمية صحتهم النفسية ، وهو ما يُطلق عليه أخلاقيات الطلاق من خلال افتراق الزوجين بالتشاور والتراضي وعدم إضرار أي منهما للآخر وهذه الأخلاقيات دعا إليها الإسلام من أجل استعادة الصحة النفسية للوالدين والأطفال عقب الطلاق.

والمتدبر لقوله تعالى للمطلقين ﴿ وأن تعفوا أقرب للتقوى ، ولا تنسوا الفضل بينكم إن الله بما تعملون بصير ﴾ يلمس هذا البعد العلاجي الذي يريده الله للمطلقين وأولادهم ، فهو سبحانه يدعوهم إلى الصفح والعفو في موقف الطلاق ، ويذكرهم بما كان فيهم من مودة مثل الخلافات ويحثهم على الصلح والرجوع عن الطلاق .

(كمال مرسي : مرجع سابق ٢٩٦)

ويحدد عادل صادق (١٩٩٣) مهام الوالدين المطلقين في مساعدة الأبناء كما يلي:

- الحرص على توفير الاستقرار المادى للأبناء بنفس المستوى الذى كانوا يعيشون فيه.
- الحرص على عدم الضغط على الأبناء لكي يغيروا من خططهم التعليمية وما يتعلق بها من طموح علمي ووظيفي.
- المحافظة على الصورة الاجتماعية للأبناء خاصة في المناسبات الاجتماعية ، وعدم تشويه صورة الأب أو الأم ، ويجب أن يظل الأبناء فخورين بأمهم وأبيهم ويجب ألا تعرضهم للشعور بالخزى والعار.

- يجب عدم استخدام الأبناء في الصراع بين الأباء.
- استمرار السلطة الوالدية لما لها من ثواب وعقاب وحزم وضوابط ويجب أن يدعم كل طرف من الأب والأم الطرف الآخر.
- يجب أن يقف الوالدين ضد أى محاولة لانحراف أحد الأبناء أو محاولة أحد الأبناء الاستفادة من وضع الطلاق وابتزاز أحد الوالدين.
- معرفة الأبناء أن فشل الزواج ليس معناه أن كل العلاقات الزواجية ستنتهى بالفشل.

٥- مهام الطفل للتكيف مع الطلاق :

هناك عدة مهام Tasks على الطفل القيام بها للتكيف مع الطلاق وأهمها :

١) الاعتراف بأن الانفصال الزواجي قد حدث هو حقيقة واقعة .

٢) البقاء بعيداً عن الصراعات والنزاعات الوالدية واستئناف الاهتمامات السابقة والأنشطة المناسبة لسن الطفل .

٣) مواجهة مشاعر الحزن والفقد والرفض الناتجة عن الطلاق .

٤) مواجهة مشاعر الغضب ولوم الذات .

٥) التسامح مع الوالدين لأن الحياة لن تستمر بدونهما .

٦) تقبل احتمالية استمرار الطلاق وعدم لم شمل الأسرة مرة ثانية.

٧) وضع أهداف وآمال واقعية للمستقبل .(Wallerstein , 1983 : 265-302)

(جـ) التعرض لخبرات الإساءة

تشكل الإساءة إلى الطفل عامل خطورة للتنبؤ بالأمراض النفسية والعقلية ، وتبدو خطورة هذه الظاهرة فى انتشارها والآثار المترتبة عليها، كما تبدو خطورة هذه الظاهرة على مستوى مصر في عدم وجود إحصاءات دقيقة لحصر الظاهرة رغم ما نشهده من مظاهر كثيرة للاساءة إلى الأطفال . وقد أشارت الإحصائيات الصادرة من المجلس الوطني الأمريكي لمنع الإساءة إلى الأطفال إلى وجود حوالى ٣ ملايين طفل مُساء إليهم فى سنة ١٩٩٣، كما أشارت الإحصائيات إلى أن ٥٣٪ من الأطفال المُساء إليهم يعانون من الإهمال، ٢٦٪ يعانون من سوء المعاملة الجسمية ، ١٤٪ يتعرضون لسوء المعاملة الجنسية ، ٥٪ يعانون من سوء المعاملة النفسية ، ٢٢٪ يعانون أشكال أخرى من الإساءة .كما يشير التقرير الذى قدم للكونجرس الأمريكى إلى أن ٧٧٪ من مرتكبى سوء معاملة الأطفال هم الوالدان ، ١١٪

من أقارب الطفل .وجدير بالذكر أن الإحصاءات السابقة فى الولايات المتحدة الأمريكية وهى تعنى أن ٤٢ طفلاً من كل الف طفل يتعرضن لخبرات إساءة يتطلب التدخل الارشادى أو العلاجى (ديفيد ولف - ترجمة جمعة سيد يوسف ٢٠٠٥ ,Cain,1996)

وسوف نتناول موضوع الإساءة من خلال : ١- التعريف ٢- أنواع الإساءة ٣-عوامل الخطورة والوقاية فى تعرض الطفل للإساءة ٤- أسباب الإساءة ٥- المرونة وسهولة التوافق مع الإساءة .

١) تعريف اساءة معاملة الطفل Child Abuse

هى كل ما من شأنه أن يعوق نمو الطفل نمواً متكاملاً ، سواء أكان بصورة متعمدة أم غير متعمدة قبل القائمين على أمر تنشئته ، ويتضمن ذلك الاتيان بعمل يترتب عليه ايقاع ضرر مباشر للطفل كالإيذاء البدنى ،أو العمالة المبكرة ، أو ممارسة سلوكيات ، أو اتخاذ اجراءات من شأنها أن تحول دون اشباع حاجات الطفل المتنوعة - التربوية والنفسية والجسمية والانفعالية والاجتماعية ،وتوفير الفرص المناسبة لنموه نمواً سليما (*عبد السلام عبد الغفار وآخرون،١٩٩٧: ٤*)

أنواع الإساءة ، وتشمل ما يلى :

أ - الإساءة الجسمية Physical Abuse

ويقصد بها ما يلحق بالطفل من أذى بجسمه من القائمين على رعايته مثل (الجروح ، الحروق ، الكى بالنار ، الضرب بالقدمين ، الركل ، القرص ، العض ، الصفع ، الخنق ، إطفاء السجائر فى جسد الطفل ...الخ). وترتبط اساءة المعاملة الجسمية بمستوى الطبقة الاجتماعية التى تنتمى لها الأسرة، وكذلك نمط شخصية الوالدين ،وتاريخ حالتهم، فالأسرة الفقيرة ، وكذلك الريفية تستخدم العقاب البدنى أكثر من غيرها، وكذلك نمط شخصية الوالدين المتسلط والذين يمارسان أدوارهما التربوية تحت شعار (العقاب اصلاح وتهذيب) واعتقاداً منهما فى سرعة مردود ونتائج هذا الأسلوب ، وإذا كان العقاب الجسدى يؤدى بسرعة لضبط سلوك الطفل ومن ثم تحقيق أهداف الوالدين إلا أن هذا الأسلوب لا يفيد على المدى البعيد بل سيخلق لنا اطفالاً منحرفين . وتتراوح طبيعة وشدة الإصابات التى تنتج من الإساءة البدنية من البسيطة (الكدمات ، التمزق) إلى المتوسطة (الجروح ، السحجات) إلى الشديدة (الإصابات البالغة فى العمود الفقرى والرؤس ، والوجه ، الحرق ، إلتواء المفاصل ، كسر العظام) .

نظراً لأن الطفل الذى يُساء معاملته جسدياً أو يعاقب من الوالدين قد لا يتوقع متى وأين وكيف يكون العقاب ومدى شدته أو ما هى الأدوات المستخدمة فى العقاب .

وتبدو الآثار المترتبة على الإساءة الجسمية فيما يلى : [عدم الثقة فى الآخرين ، توقع الشر من الآخرين ، الأعراض السيكوسوماتية (صداع ، توتر ، اضطرابات بالمعدة .. الخ) ، أفكار من إمكانية التعرض للاساءة الجسمية فى أى وقت أو مكان، افكار حول عدم إمكانية التحكم فى سلوك المعتدى ، أحلام وكوابيس مزعجة ،تاخر المهارات الحركية، اضطراب فى الكلام واضطراب فى التواصل مع الآخرين].

(Hanks &Stratton, 2002 , 89-113)

ب - الإهمال Neglect

ويقصد به فشل أو تقصير الوالد فى تلبية الحاجات الأساسية للطفل ، ويشمل الإهمال الجسدى والانفعالى والتربوى:

- الإهمال الجسدى.Physical Neglect ويشمل رفض الاهتمام بالرعاية الصحية أو تأجيلها والابتعاد عن المنزل أو رفض السماح للطفل بالعودة إليه وعدم كفاية الإشراف عليه وعدم تزويده بالغذاء والملبس والراحة .
- الإهمال الانفعالى Emotional Neglect ويقصد به حرمان الطفل من الحب والمساندة الانفعالية بسبب الانشغال او الجهل من الوالدين ، ويتضمن الإهمال الانفعالى أيضاً انشغال الوالدين عن الطفل وتركه بمفرده معظم الوقت ، والإساءة إلى الزوجة أو الشجار بين الزوجين أمام الطفل والسماح للطفل بتعاطى المخدرات وشرب الكحوليات .
- الإهمال التربوى Educationl Neglect ويعنى عدم الإشراف التربوى المناسب على الطفل من خلال السماح له بالتغيب المتكرر عن المدرسة وتعطيله عن أداء واجباته المدرسية ، وعدم متابعته تعليمياً ، وعدم الانتباه إلى احتياجاته التعليمية.

ويترك الإهمال آثاراً سلبية بعيدة المدى على الطفل تتجاوز فى تأثيرها الإساءة البدنية وتتزايد الاضطرابات النفسية بل والعقلية المترتبة على الإهمال حيث يتم معاملة

الطفل كما لو كان غير موجود و يتمنى الوالدان ألا يكون موجوداً مما يؤدى إلى جروح نفسية عميقة .*(Browne 2002, 50-69)*

وتبدو آثار الإهمال على الأطفال في المظاهر الآتية : [السلبية وعدم التفاعل مع الآخرين ، قدرة محدودة على إقامة علاقات مع الآخرين ،نقص في القدرة على التعليم ، استهداف للحوادث ، انخفاض تقدير الذات ونقص الشعور بالكفاية ، الشعور بالخجل ،عدم القدرة على إتيان السلوك المناسب ، مشكلات جسمية (اضطرابات النوم ، اضطرابات الأكل، الصداع) ، زيادة العدوان] (Hanks &Stratton, 2002 , 89-113)

جـ- الإساءة الانفعالية Emotional Abuse

تشمل ما يقوم به الوالدان من أفعال تتضمن رفض الطفل أو إهانته أو عزله والإساءة اللفظية ، وتشمل الإساءة الانفعالية الجوانب الآتية :

* الرفض : ويعنى تجنب الوالدين للطفل مما يشعره بالنقص وأنه غير مقبول .

* الإهانة :ويقصد بها النقد المستمر للطفل والسخرية منه وتهديده بالأذى الجسمي والنفسي.

* العزل : وتعني حرمان الطفل من الاتصالات الاجتماعية خارج المنزل وإرغامه على المكوث في المنزل لفترات طويلة أو حبسه في مكان مظلم أو مغلق لفترات طويلة وعدم السماح له بتكوين أصدقاء (فوقية محمد راضي ٢٠٠٢: ٣٤).

الإساءة اللفظية Verbel Abuse

وهي الكلمات المدفوعة بسبب الغضب والإحباط وهي تؤثر على الطفل وتزيد من عدوانه اللفظي على الآخرين وتقلل من شعوره بالقيمة وهي غالباً خارجة على القيم والمعايير الثقافية والأخلاقية ، ومن أهمها :

١) ألفاظ عن الطفل (لا أحد يحبك).

٢) التقليل من قيمة الطفل (أنت غبي).

٣) ألفاظ التوقعات السلبية المغلقة (لن تنجح أبداً).

٤) الألفاظ المقارنات السلبية (أنت أفشل أخواتك).

٥) التهديد بالقتل والإيذاء (سوف أقتلك).

٦) جعل الطفل كبش فداء (أنت السبب في طلاق أمك) .

٧) ألفاظ تمنى الموت للطفل .

٨) ألفاظ الدعوة بالمرض للطفل .

٩) ألفاظ تشبيه الطفل بالحيوان .

١٠) ألفاظ التقليل من القدرات العقلية للطفل .

١١) ألفاظ شتم الطفل أو أهله.*(محمد عبد الرحمن وعامر نايل ٢٠٠١ : ٧ -٣٦)*

أما الآثار المترتبة على الإساءة الانفعالية فهي تشمل : (الشعور بعدم الأمن ، الانسحاب ، العدوان ، انخفاض تقدير الذات ، نقص الشعور بالكفاية ، القلق، الاكتئاب ، ضعف التحصيل الدراسي ، انخفاض الدافعية ، قصور في الذكاء المعرفي والانفعالي والاجتماعي ، نقص في المهارات الاجتماعية ، صعوبة في إقامة علاقات مع الأصدقاء ، العزلة الاجتماعية، الجناح ، الإدمان ، نقص التجاوب الانفعالي ،الاعتمادية ، النظرة السلبية للحياة، الشعور المستمر بالإحباط (عماد مخيمر و عماد عبد الرازق ١٩٩٩ : ٣١٥- ٣٧١).

أما الإساءة اللفظية فيترتب عليها الكثير من الآثار السلبية ، منها :

١) انخفاض الشعور بالثقة بالنفس حيث قد يستدخل بعض الأطفال الإساءة اللفظية على اعتبار أنها رأى الآخرين فيهم " تشبيه بالحيوانات ، وصفه بالغبى" . ما قد يقلل من شعوره بالقيمة ويزيد من شعوره بالنقص والدونية.

٢) أشارت الدراسات إلى أن الإناث أكثر حساسية وأكثر تأثراً من الذكور عندما يتعرضن للإساءة اللفظية .

٣) بعض الأطفال يعتقدون أن السب والشتم والإهانة اللفظية هي الطريقة المثالية للتعامل مع الآخرين فيكررون ما يتعرضون له من ألفاظ وإهانات لفظية مع الأطفال الآخرين ويظهر هذا في المستويات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية المتدنية *.(محمد عبد الرحمن ، عامر نايل ٢٠٠١ : ٧ -٣٦)*

د- الإساءة الجنسية : Sexuel Abuse

تشكل الإساءة الجنسية خداعاً للطفل وانتهاكاً واستغلالاً لبراءته ، وتشمل الإساءة الجنسية للطفل (العبث بأعضائه ، الجماع ، استعراض الأعضاء التناسلية أمامه ، الاستغلال الجنسي (البغاء) ، ممارسة العادة السرية أمام الطفل ، ممارسة الجنس أمام الطفل ، عرض أفلام أو صور جنسية عليه ، ويتأثر سلوك الأطفال ونموهم من جراء التعرض للإساءة الجنسية وبخاصة مع استمرار وتكرار الإساءة لفترات طويلة، واستخدام القوة والتهديد والنفوذ في ارتكابها. ومعظم الأطفال لا يفصحون عن تعرضهم للاعتداء الجنسي إما بسبب الخوف من الفضيحة أو الوقوع تحت التهديد. (ديفيد ولف ترجمة جمعة سيد يوسف٢٠٠٥: ٣٨)

وقد يتم الاعتداء الجنسي تحت التهديد وخاصة في بعض المدارس والنوادي التي يكون فيها بعض العاملين الشواذ الذين قد توكل إليهم رعاية أو تعليم أو تدريب الأطفال ،وقد يأتي من الخادمات والعاملين في النظافة وأصحاب العمل وما إلى ذلك.

وفي مثل هذه الحالات يلجأ الطفل إلى إخفاء مظاهر هذا الاعتداء خشية العار والفضيحة ، ولكنه قد يعاني آلام عضوية في منطقة الاعتداء الجنسي مما قد يكشف الأمر وفي هذه الحالة يتزايد شعور الطفل بالخوف والخزي والذنب مع المشاعر الاكتئابية.

وفي حالات الاعتداء المحارمي (الاعتداء من الأب أو الأم أو الأخ والأخت والعم والخال .. وهكذا). فتكون الأمور أكثر تعقيداً ، فالأب المريض بالمحارم حيث يعتدي على ابنته فإنه يكسر العلاقة الأبوية ويهز ثقة البنت في الوجود مما يدفعه إلى التعامل معها بأسلوب الاستجابة المطلقة لمطالبها، والغيرة الشديدة عليها ، ومتابعة كل سلوك تقوم به خشية أن تفضحه ، وكذلك العلاقات المحارمية بين الأخوة والأقارب.

(عبدالله عسكر: مرجع سابق ، ١٢١).

والتعرض للإساءة الجنسية يشكل صدمة للطفل ، ويجعله يعاني أعراض " اضطرابات الضغوط التالية للصدمة Posttraumatic stress Disorders ،وما يصاحبها من علامات مثل: الشعور بعدم الأمن ، والذعر والتهديد ، والاكتئاب ، والانسحاب من الأنشطة المعتادة ، وتجنب الأماكن والأشخاص الذين ارتبطوا لديه بخبرة الإساءة ، وانخفاض مستوى التحصيل الدراسي ورفض الذهاب إلى الشارع أو المدرسة ، بالإضافة إلى الاضطرابات الجسمية وكذلك تكرار الكوابيس ، شكوى من عملية الإخراج ،شكوى من ألم بفتحة الشرج ، نقص الشهية ، التبول اللارادي ، الصداع، نقص الوزن ، نقص الانتباه ، نقص القدرة على التركيز ، كذلك انخفاض تقدير الذات ونقص الشعور بالكفاية الشخصية.

(Cain, 1996 : 1-3; Hughes, 2001 :1-2)

وهناك آثار محددة تترتب على الإساءة الجنسية :

- في مرحلة ما قبل المدرسة (الاهتمام الزائد بالجنس، والأعضاء التناسلية ، التبول والتبرز اللاإرادي.
- تأخر في الكلام والنطق ، مشكلات في النوم والأكل ، انسحاب من الانشطة والألعاب .
- وفي المرحلة العمرية من ٦-١٢ تبدو آثار الإساءة الجنسية في : ضعف القدرة على التركيز والانتباه ،الاهتمام بالأمور الجنسية ، التغيب المتكرر من المدرسة

إهمال الذات ، القلق والاكتئاب ،نقص المهارات الاجتماعية ،تجنب الآخرين " خاصة من جنس المعتدى عليه أو الجاني"

- وفي المرحلة العمرية من ١٢ –١٨ سنة تبدو آثار الإساءة الجنسية في: النضج الجنسي المبكر ، الدخول في علاقات جنسية غير شرعية ، سلوك الغواية ،الجناح ، تعاطي المخدرات ، الإضرار بالذات والأفكار الانتحارية ، اضطرابات الشهية (فقدان الشهية ، الشره العصبي) اضطراب الهوية الجنسية ، العزلة عن الأقران ، الإساءة إلى الأطفال الآخرين جنسياً " مما يكرر دورة الإساءة الجنسية بين الأجيال " ويمثل عامل خطور للاعتداء الجنسي من المجني عليه على أطفال آخرين .

(عماد مخيمر وعزيز الظفيري ٢٠٠٣: ٤٤٧–٤٦٨ Hanks & Stratton, 84-113)

ويقدم *Wurterle , 1997 , 360-361* وكذلك *Hanks & Stratton, 2002: 89-113* وصفاً للعلاقة بين الجاني والضحية والثقافة من خلال عوامل الخطورة والوقاية ، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

	عوامل الخطورة	عوامل الوقاية
أولا: الجاني	* لديه انجذاب نحو الأطفال * ليس لديه القدرة على التعاطف مع الأطفال. * معتقدات وتخيلات تدعم رغبته في الاعتداء على الأطفال . * التعرض للاعتداء الجنسي في الطفولة * عدم القدرة على التحكم في الذات * إدمان المخدرات والكحول ليخفف الميل القهري نحو الأطفال. * نقص المهارات الاجتماعية. * التعرض للضغوط الشديدة (معاناة اقتصادية .. الخ). * الحاجة للقوة والسيطرة كنتيجة للشعور بالعجز. * قصور في القدرة على إقامة علاقات مع الجنس الآخر .	* إذا كان لديه خبرات تعرض للإساءة الجنسية يستطيع ان يتحكم في آثارها. * علاقات إيجابية مع الوالدين خاصة الأب. * مهارات اجتماعية جديدة . * احترام الأطفال . * التعاطف مع الآخرين والحساسية لحاجاتهم . * مهارات القدرة على اتخاذ القرار. * تقدير ذات عالي وشعور بالكفاية الشخصية والاجتماعية. * مساندة اجتماعية قوية. * الشعور بالتمكن والقدرة على مواجهة الضغوط.

	عوامل الخطورة	عوامل الوقاية
الطفل المعرض للإساءة الجنسية	* عدم المعرفة بالسلوك الجنسى * الحاجة الشديدة للاهتمام والحب من الآخرين. * انخفاض تقدير الذات ونقص الشعور بالثقة * نقص الشعور بالكفاية الشخصية والاجتماعية. * الشعور بالعزلة. *الطاعة العمياء للآخرين. * السلبية وتوكيد الذات. * عدم القدرة على اتخاذ القرارات. * الافتقار لمهارات حل المشكلة.	* معرفة بالتربية الجنسية. * توكيد الذات . * تقدير ذات عالى. * شعور عال بالكفاية والتمكن. * مساندة اجتماعية من الآخرين * عدم الطاعة العمياء للآخرين خاصة الغرباء. * الوعى بالذات * القدرة على مواجهة الضغوط والمشكلات. * مهارات حل المشكلات .
أسرة الطفل	* إهمال انفعالى لحاجات الطفل * توقعات غير واقعية من الطفل. * ضعف الإشراف والرقابة على الأطفال أو تشددها . * عدم التواصل بين أفراد الأسرة. * عدم وجود خصوصية للعلاقات الحميمة بين الزوجين (إمكانية أن يشاهد الطفل العملية الجنسية بين الوالدين). * ازدحام المنزل وعدم وجود خصوصية لحاجات الطفل . * عدم وجود غرفة خاصة للطفل أو عدم وجود سرير خاص به مما قد يعرضه للإساءة من اشقائه. * الخلافات الأسرية وعدم الانتباه للابناء. * صورة الأب مضطرب فهو لا يؤدى واجبات الأبوة من حماية ورعاية للأطفال. * الأسرة قد تعانى من ضغوط شديدة (بطالة الوالدين، فقر ، مرض جسمى أو عقلى لأحد الوالدين) * غياب الرعاية الوالدية. *التباعد بين الوالدين والطفل. *استغلال الأطفال لاشباع حاجات الكبار * التعرض للإساءة من الوالدين.	* التعرض لضغوط قليلة. * مساندة اجتماعية جيدة وفعالة. * الكفاءة الاقتصادية. * معرفة جنسية مناسبة للمرحلة العمرية * إشراف والدى فعال. * مناخ أسرى صحى ومفتوح يتضمن أنماط جيدة من التواصل والحوار. * رعاية النمو الجنسى للطفل . * رعاية تقدير الذات للطفل . * احترام خصوصية العلاقات الزوجية * احترام خصوصية الطفل وتخصيص غرفة له * علاقة والديه جيدة * علاقة سوية مع الجنس الآخر * نماذج والديه ذكرية جيدة.

	عوامل الخطورة	عوامل الوقاية
الثقافة والمجتمع	* بعض المجتمعات تنظر للاطفال على أنهم ممتلكات وليس كيانات في سبيلها للنمو. * تقبل بعض الثقافات أو تتغاضى عن الاعتداءات الجنسية. * المجتمع يحارب الثقافة والوعى الجنسي. * المجتمع لا يعطى الطفل حقوقه الأساسية. * المجتمع لا يساند الأسر والأفراد. * المجتمع يفرق بين الذكور والإناث * التسلط والتشدد في التربية . * التأكيد على الطاعة العمياء من الأطفال للراشدين. * الافتقار إلى التربية الجنسية. * المجتمع يتهاون ويتساهل مع المعتدين على الأطفال . * المجتمع لا يعترف بوجود إساءة جنسية فيه.	* المجتمع يحارب الإساءة الجنسية للاطفال ويضع عقوبات قانونية رادعة لذلك. * يعالج المرضى المعتدون على الأطفال. * الثقافة توكد على المساواة بين الذكور والإناث في الحقوق والواجبات. * الثقافة تشجع العلاقات السوية بين الجنسين . * الثقافة تشجع وتساعد الأسر في تربية ابنائها . * توجد تربية جنسية للأطفال . * لدى المجتمع وعي بالمشكلة وببذل الجهود للوقاية منها . * يهتم المجتمع بعلاج الأطفال المعرضين للإساءة.

(٣) أسباب الإساءة :

(أ) أسباب متعلقة بالوالدين:

الآباء والأمهات المسئين لأبنائهم قلما يُتيحوا لأطفالهم بيئة انفعالية مواتية تدفع إلى النمو النفسي السليم ، وهم يبالغون فيما يتوقعونه من اطفالهم بما لا يتناسب ومرحلة نموهم، ويتمسكون بمجموعة من القواعد الثابتة غير المرنة ، والتى على الطفل أن ينفذها، بغض النظر عن حاجاته أو قدراته أو امكاناته أو عمره الزمني ، وهم غالبا ما يتمسكون بأساليب عقاب وضوابط غير متسقة .

وأهم خصائص هؤلاء الآباء والأمهات المسيئين لاطفالهم ما يلى :

١) ضعف البناء النفسي ، مما يتيح للحفزات العدوانية أن تعبر عن نفسها بلا ضوابط.

٢) عدم النضج الاجتماعي والإنفعالى والاعتماد الدائم على الآخرين.

٣) عدم الوعى بالمفاهيم الصحيحة للأبوة والأمومة والطفولة .

٤) أن التاريخ النفسى لهؤلاء الآباء يشير إلى خبرات من الحرمان أو القسوة والإساءة الوالدية إليهم فى مرحلة الطفولة .

٥) انخفاض تقدير الذات والشعور بنقص الكفاية الشخصية.

٦) الاعتقاد الشديد فى قيمة العقاب كوسيلة تربوية راسخة منذ القدم.

٧) عدم الوعى بحاجات الطفل ، وعدم القدرة على اشباع هذه الحاجات.

٨) عدم الثبات الانفعالى لهؤلاء الآباء واضطرابهم انفعالياً بدرجة عالية.

٩) قلة التواصل الاجتماعى والانفعالى مع الأبناء .

١٠) الافتقار إلى المهارات الاجتماعية.

١١) الفقر والبطالة وانخفاض مستوى التعليم .*(ممدوحة سلامة١٩٨٧)*

ب- أسباب متعلقة بالطفل :

حيث توجد بعض الخصائص التى تجعل بعض الأطفال أكثر تعرضا للإساءة من غيرهم ، ومن أهم هذه الخصائص : (عدم انتظام الدورة البيولوجية للطفل (نوم .. إخراج ..الخ)، الصياح وكثرة ازعاج الوالدين ، نقص المهارات الاجتماعية ،تاخر جوانب النمو خاصة النمو اللغوى ، العدوانية وهى أكثر الصفات التى تجعل الطفل يتعرض للعقاب ، عدم الجاذبية الجسمية ،كثرة الحركة والنشاط ، كثرة البكاء والتململ ،انخفاض التحصيل الدراسى ، الاعتمادية الشديدة والالتصاق بالوالدين ، الطفل المتحدى وكثير العراك والمجادلة ، الطفل كثير التعرض للحوادث ، السلوك غير الاخلاقى والسلوك الجنسى للطفل ، قصور الانتباه ، نقص الذكاء. (ممدوحة سلامة ،١٩٨٧ ، Wolfe 1985)

ج- الفقر والحرمان الاجتماعى :

رغم ان الإساءة للطفل ليست قاصرة على وجود الحالة الاجتماعية والاقتصادية ، إلا أنها ينبغى أن يؤخذ فى الاعتبار فى سياق الفقر والضغوط البيئية ويرتبط الفقر بالقيود الشديدة مع بيئة الطفل مثل نقص الرعاية اليومية المناسبة والأمان والاعاشة ، وكذلك عدم الاستقرار فى محل الإقامة ، ويضاف إلى ذلك البطالة ومحدودية التعليم والتلوث والضوضاء والعزلة الاجتماعية .

وينبغى التأكيد على أن الظروف البيئية ليست مؤثرة إلا بقدر تاثر الوالدين بهما ولا يمكن انكار التاثيرات الثقافية على الإساءة حيث أن الأسلوب التسلطى يكاد يكون هو الأسلوب الذى يُعرف داخل الثقافات الفرعية العربية حيث إساءة المعاملة الجسدية لا سيما

فى الطبقة الدنيا ،وإثارة الالم النفسى والتهديد بالحرمان وسحب الحب لدى الطبقة الوسطى (*حمدى ياسين وآخرون، ٢٠٠٠*).

٤ – المرونة وسهولة التوافق مع الإساءة :

كان يفترض –حتى وقت قريب – أن تأثير الإساءة على نمو الطفل سلبى ومعوق بشكل ثابت ، ولكن ليس ذلك صحيحاً على طول الخط ، حيث أن حوالى ثلث الأطفال قد يتجاوزون التأثيرات السلبية للإساءة بعد فترة قصيرة ، وعدد كثير من الأطفال قد يعانى من آثار الإساءة بعد فترة طويلة ،والأمر يتوقف على متغيرات، أهمها :

١) ما إذا كانت خبرات الإساءة شديدة وطويلة المدى ومؤذية للنمو النفسى للطفل وعدم استطاعة مصادر الطفل-النفسية استيعاب هذه الخبرات.

٢) وجود خصائص إيجابية لدى الطفل مثل :تقدير الذات الايجابى والفاعلية الذاتية والوعى بالذات والقدرة على مواجهة الضغوط والمشكلات .

٣) معتقدات الطفل وادراكاته للإساءة (بعض الأطفال يدركون العقاب على أنه نوع من الحب والخوف عليهم).

٤) درجة المساندة والرعاية والحب التى يتلقونها من الوالدين لمساعدتهم على المواجهة والتكيف ،وتقديم الوالدين كنماذج يقتدى بها الطفل فى مواجهة الضغوط وممارسة الضبط الانفعالى.

٥) وجود متابعة وإشراف ومراقبة للطفل معتمدة على ضوابط والدية معقولة ومتسقة على الأبناء. (Wolfe, 1985)

(د) المعاناة الاقتصادية

Economic Hardship

تحتل الضغوط الاقتصادية وأشكال المعاناة المالية موقعاً هاماً بين الأحداث الضاغطة ، وقد اهتم الباحثون بفحص ما قد يكون لها من تأثيرات سلبية على الصحة الجسمية والنفسية للوالدين والأبناء وعلى علاقة الوالدين بالأبناء ومع المشكلات النفسية للأبناء . ويشير *برادلى* (Bradly et al., 1997 : 13- 58) إلى أن حوالى مليار طفل فى العالم تحت سن ١٥ سنة يعانون من عدم كفاية حاجاتهم الأساسية نتيجة لعدم كفاية الدخل. ويرى أن عدداً كبيراً من الأطفال قد لا يعانون فقط من مشكلات نفسية ناتجة عن المعاناة الاقتصادية ، ولكن الكثير من الأطفال يموتون بسبب المعاناة الاقتصادية ونقص الدخل وقصور الرعاية . وعلى هذا يمكن تعريف المعاناة الاقتصادية على أنها " تدهور دخل الأسرة

لدرجة انه لا يستطيع ان يفى بالمتطلبات اليومية Daily requiriement لها أو بالحاجات الأساسية للطفل ، مما يؤدى إلى قصور جوانب الرعاية الصحية والجسمية ، ونقص الغذاء ، والكساء ، وعدم توفر ماء نظيف للشرب وعدم ملائمة السكن أو ازدحامه ، وعدم القدرة على مواصلة التعليم .

والضغوط الاقتصادية والضائقات المالية كما تشير *ممدوحة سلامة (١٩٩١)* هى التى تعنى تدهوراً ملحوظاً فى الدخل بغض النظر عن المستوى الاجتماعى الاقتصادى وهى تشكل حدثاً ضاغطاً يرتبط بمجموعة عريضة من المشكلات النفسية والصحية لدى كل من الكبار والمراهقين والأطفال ، فالنقود وما تشبعه من حاجات قد تصبح علامات على الحب ، وقد يقل عجز الوالدين عن توفير الاستقرار الاقتصادى من الاعتماد عليهم كمصادر للأمن النفسي والمساندة الاجتماعية .*(ممدوحة سلامة ١٩٩١ : ٤٩٦ - ٤٧٥).*

وسوف نناقش موضوع المعاناة الاقتصادية من خلال : ١- التأثيرات المختلفة للمعاناة الاقتصادية على الوالدين والطفل ٢- بعض الآثار الإيجابية للمعاناة الاقتصادية ٣-بعض العوامل المخففة من وقع المعاناة الاقتصادية على الاطفال .

١ - التأثيرات المختلفة للمعاناة الاقتصادية على الوالدين والطفل :

يعتبر ارتفاع الدخل وكفايته أحد مصادر السعادة والأمن النفسى للأسرة حيث يتيح لها الاستمتاع بمناهج الحياة والشعور بالاستقرار وعدم الخوف من تقلبات الزمن ، أما عدم كفاية الدخل فقد يرتبط بعجز الأسرة عن أداء وظائفها وتلبية احتياجات الأبناء مما قد يزيد من الخلافات الأسرية والشعور بعدم الكفاية النفسية لدي الوالدين. والأسر التى تعانى من عدم كفاية الدخل غالباً ما تضطر إلى الاستدانة كما تضطر إلى تخفيض الانفاق فى بنود رئيسية (Conger et al., 1990: 693-656)

وتأتى الضغوط الاقتصادية والمتمثلة فى (الدين أو السلفة الكبيرة والعجز عن سداد هذا الدين) فى مقدمة الأحداث الضاغطة المثيرة للمشقة والتى تجعل الفرد يقوم بالاستدانة من الآخرين للوفاء بمتطلباته وأسرته ، وعجزه عن سداد هذا الدين يجعله يقع تحت وطأة الضغوط الاقتصادية مما يكون له أثره السلبى السيئ على صحته النفسية وتجعله عرضة للمشكلات النفسية والسلوكية.

أ- تأثير المعاناة الاقتصادية على الوالدين :

ويظهر تأثير الفقر المزمن والمعاناة الاقتصادية على الآباء من خلال شعورهم بالضيق الشديد والقلق والاكتئاب والعصبية والإحباط مما يجعلهم أكثر عقاباً واستبداداً

وتشدداً فى تنشئة الأطفال ، ومن ناحية أخرى تؤثر المعاناة الاقتصادية واضطراب الأباء الناتج عنها فى شعور الأبناء بالعجز وعدم الكفاية والسلبية وعدم القدرة على التنبؤ بالمستقبل وفقد الأمل *(Elder, et al.,1985)*

كذلك فإن المعاناة الاقتصادية رغم أنها تشكل حدثاً ضاغطاً على الأسرة إلا أنها فى ذات الوقت تزيد من تأثر الأسرة خاصة الوالدين بالأحداث الضاغطة الأخرى ، كما أنها يكون لها تأثيرها السيئ على كفاءة العلاقة الزواجية حيث يشعر الزوجان بالعجز عن توفير المتطلبات الأساسية للأبناء من التعليم والملبس والمأكل والرعاية الصحية ومصاريف المدارس وجوانب الترفيه مما يؤدى إلى الخلافات الزوجية ، كما يؤدى استمرار المعاناة الاقتصادية واستمرار الخلافات الزواجية إلى الاضطرابات النفسية السلوكية للزوجين .
(Mcloyd, 1990 , 331-346 Lornez 1991: 375-388)

كما أن المعاناة الاقتصادية لا تؤثر فقط على العلاقة الزواجية ولكنها تؤثر على السلوك الوالدى تجاه الأبناء ، حيث أنه كلما زاد إدراك الوالدين للمعاناة الاقتصادية كلما قلت قدرة الوالدين على رعاية الأبناء حيث ينشغل الوالدين – وبصفة خاصة الأب – فى العمل من أجل تلبية الحاجات الأساسية للأسرة مما يجعله ينشغل عن التواصل الانفعالى مع الأبناء ، كما يقل الوقت الذى يقضيه الآباء مع الأبناء ، وتقل الضوابط الوالدية وهذا يجعل الأبناء يشعرون بالإهمال وعدم المساندة الوالدية لهم مما يؤدى إلى سوء التوافق الشخصى والاجتماعى للأطفال والمراهقين *.(Conger , 1993 : 206-219)*

ولا تؤدى المعاناة الاقتصادية إلى إهمال الوالدين – خاصة الأب للأبناء وعدم فرض ضوابط عليهم فقط بل أن بعض الآباء نتيجة لشعورهم بالإحباط وعدم الكفاية قد يستخدمون أساليب قاسية فى التعامل مع الأبناء (العقاب البدنى الشديد– الإهانة – الضوابط المشددة ، مما يؤدى إلى معاناة مزدوجة لدى الأبناء من الناحية الاقتصادية ومن سوء معاملة الوالدين لهم *.(Mcloyd, 311-346)*

ب– تأثير المعاناة الاقتصادية على الآبناء :

أشارت الدراسات *Elder et al., 1985 , Lempers, 1989* ، *ممدوحة سلامة ١٩٩١ ، عماد عبد الرازق ، ١٩٦ ، عطيات الطهراوى ١٩٩٨* إلى أن المعاناة الاقتصادية للوالدين من المحتمل أن ترتبط بزيادة بعض الأعراض المرضية لدى الأبناء ، ومنها الاكتئاب ، القلق ، الشعور بالوحدة النفسية ، العدوان، السلوك المضاد للمجتمع ، انخفاض تقدير الذات ، نقص الطموحات والتطلعات نتيجة لعدم إمكانية الاستمرار فى التعليم إلى

مرحلة الجامعة. كذلك أشارت نتائج الدراسات السابقة إلى أن تأثير المعاناة الاقتصادية يختلف باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد حيث أن تأثير المعاناة المباشر على المراهقين أكثر ، لأن مرحلة المراهقة هي مرحلة المقارنات وينتج من اعتقاد ورؤية المراهق أنه أدنى من الآخرين في الدخل أو الملبس أن يشعر بعدم الكفاية الشخصية والاجتماعية ويتشاءم بشأن المستقبل.

والنتائج السابقة مثيرة للجدل ، فعلى سبيل المثال أشارت ممدوحة سلامة ١٩٩١ في دراستها عن المعاناة الاقتصادية وتقدير الذات والشعور بالوحدة إلى أنه رغم أن نتائج دراستها تشير إلى وجود علاقة مباشرة بين معاناة الضغوط الاقتصادية الواقعة على الأسرة وبين الشعور بالوحدة النفسية لدى الأبناء في بداية الرشد، إلا أنه ينبغي القول بأن الحجم الحقيقي لهذه العلاقة – على دلالته الإحصائية كان ضئيلاً ، حين تم استبعاد تأثير التقدير السلبي للذات ، مما يدل على أن وقع المعاناة الاقتصادية لن يكون كبيراً إذا كان تقدير الفرد لذاته مرتفعاً أو كانت لديه مصادر نفسية أخرى فعالة (الفعالية الذاتية ، الشعور بالكفاية الشخصية .. الخ).

كما أشارت دراسة *عماد عبد الرازق (١٩٩٦)* عن المعاناة الاقتصادية والضوابط الوالدية وعلاقتهما بالمشكلات النفسية والسلوكية للأبناء إلى عدم وجود علاقة بين التعرض للمعاناة الاقتصادية والمشكلات السلوكية للأبناء المراهقين ، إلا أن الباحث قد أشار إلى أن العلاقة بين المعاناة الاقتصادية التي يدركها المراهقون وشعورهم بالوحدة النفسية لا يتأثر بكم الضوابط الوالدية ولكن يتأثر بعدم اتساق هذه الضوابط ، ولذلك فإن مشاعر الوحدة النفسية تزداد لدى المراهقين بفعل التأثير المشترك للمعاناة الاقتصادية وعدم اتساق الضوابط الوالدية.

كما أشارت دراسة *عطيات الطهراوي (١٩٩٨)* والتي كانت عن الشقاق الأسرى والاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال إلى وجود علاقة بين المعاناة الاقتصادية والقلق والاكتئاب لدى الذكور والإناث والعدوان لدى الذكور، كما أشارت إلى المشكلات الانفعالية (القلق ، الاكتئاب) تزداد بفعل التأثير المشترك، لإدراك الأبناء للشقاق الأسرى والمعاناة الاقتصادية .

٢- بعض الآثار الإيجابية للمعاناة الاقتصادية :

من العرض السابق يتضح أن المعاناة الاقتصادية للأسرة لا ترتبط بالمشكلات النفسية للأبناء خاصة إذا لم يتزامن مع المعاناة الاقتصادية ، التعرض لضغوط أخرى،أو كان

التقليل من انفاق الأسرة على جوانب ترفيهية(المصايف مثلاً). ويشير كل من (Sharp & Cowie 1998) إلى أن تأثير الفقر والمعاناة الاقتصادية ليس سلبياً دائماً حيث أن الفقر يجعل الأبناء أكثر خشونة وتحملاً ويزيد من رغبتهم فى النجاح وتخطى ظروفهم الصعبة أو تغييرها مما يمثل دافعية لهم لتحمل الظروف الاقتصادية غير المواتية باعتبار أن المستقبل قد يحمل لهم بعض الأمل.

كما يشير *كار* Carr, 1970 إلى أن الظروف الاقتصادية الصعبة التي تعاني منها الأسر تؤثر في الحد من مشكلات الأبناء والخلافات داخل الأسرة وخارجها . حيث يشير إلى أن الظروف الخاصة بالمعاناة الاقتصادية والبطالة تؤثر تأثيراً حسناً فى تماسك الأسرة ووحدتها ويفسر ذلك بقوله بأنه عندما يقل المال لا تجد الأسرة ما تنفقه على جوانب الترفيه وبالتالى لا تخرج الأسرة إلى الملاهى وأماكن اللهو ، كما أن الوالدين بإقامتهما لفترات طويلة داخل المنزل يطبقان الوسائل الإشرافية وطرق الضبط بجانب ازدياد توثيق العلاقات بين أفراد الأسرة الواحدة . وبذلك تبدو آثار ضبط الجماعة الأولية أكثر فاعلية فى نفوس الصغار داخل الأسر. *(Carr, 1970 , p 57 فى عماد عبد الرازق (١٩٩٦))*

٣- بعض المتغيرات المخففة من وقع المعاناة الاقتصادية على الأطفال :

أشارت الدراسات فى مجال المعاناة الاقتصادية إلى أن تاثير المعاناة الاقتصادية قد يقل بوجود متغيرات مخففة مثل :

- العلاقة الطيبة والمساندة الاجتماعية من أحد الوالدين.
- الحالة المزاجية الطيبة للطفل حيث أن الأطفال الذين يتسمون بالسلاسة والقابلية للتكيف وانخفاض مستوى الحدة فى ردود الأفعال للمثيرات الجديدة يكونون أكثر قدرة على التكيف مع التغيرات المفاجئة فى الدخل ويكسبون تعاطف الوالدين.
- الجاذبية الجسمية ، حيث أن الجاذبية الجسمية تجعل المراهقين ، خاصة الإناث أكثر شعوراً بالثقة وأكثر قدرة على توكيد الذات وأقل تأثراً بالضغوط . (Elder, 1985)
- النجاح الدراسى وهو يخفض من تأثير وقع كل الأحداث الضاغطة على الطفل .

(هـ) إدمان الوالدين

أشارت الدراسات التى اجريت على آثار إدمان الوالدين على الأبناء Vrasti & Eisemman 1994 : 201-218 , Velleman, 1996 233-243 إلى أنه عندما يدمن الوالد فإن قيمه وأهدافه وتعلقاته Attachments تصبح تحت رحمة المخدر ولا يستطيع إدارة حياته دون المخدر وتحاصره المشكلات الآتية:

١) المشكلات النفسية (زيادة مشاعر القلق والاكتئاب والذنب والعجز واليأس وعدم القدرة على الحب) .

٢) المشكلات الجسمية (إضرار على الجهاز الهضمى والدورى والتنفسى والتناسلى).

٣) مشكلات مهنية (ضعف الاداء المهنى ، زيادة معدلات الغياب ، زيادة الاخطاء فى العمل) وأخيراً قد يكون الطرد من الوظيفة .

٤) مشكلات اقتصادية (تدهور الوضع المالى والاضطرار إلى الاستدانة وبيع الممتلكات واحياناً السرقة).

٥) مشكلات أسرية (اضطراب العلاقات الأسرية والشعور بالوصمة أو العار لوجود مدمن داخل الأسرة خاصة لو كان المدمن هو الأب أو الأم).

٦) مشكلات قانونية ومشكلات مع الشرطة ، وتكون النهاية فى حالة عدم العلاج أى الانتحار أو الموت .

وتبدو خطورة الظاهرة وخطورة تأثيرها المحتمل على الأبناء فى انتشار الإدمان فى كافة المجتمعات ، ففى الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال يقدر عدد المدمنين بـ ٥٠ مليون شخص ، مما يشير إلى تضرر ٥٠ مليون أسرة من الإدمان .

(روزمارى لامبى ، ديبى مورنج ٢٠٠١: ٣٠).

وسوف نناقش موضوع إدمان الوالدين من خلال : ١) آثار إدمان الوالدين على الأبناء ٢) العوامل المخففة من آثار إدمان أحد الوالدين على الطفل .

١) آثار إدمان الوالدين على الأبناء :

- التعرض لضغوط مادية وقانونية ومهنية.
- اضطراب تماسك الأسرة وقلة التواصل بين الوالد المدمن وبقية أفراد الأسرة.

- اضطراب في تنشئة الوالدين للأبناء ، حيث يعتبر الوالد المدمن نموذج للوالد السيئ المندفع فقط للحصول على المادة المخدرة ويشعر أُبنائه بالرفض والعقاب والإهمال والعدائية والقسوة وعدم اتساق الضوابط مما يشكل أساساً للأمراض النفسية والانحراف والإدمان لدى الأبناء.
- اضطراب في هوية الأسرة Family Identity حيث تتكون هوية الأسرة من خلال التواصل بين أفرادها ومن خلال الطقوس الأسرية Family Rituals المتكررة بشكل منتظم وتتكرر ولفترة طويلة مما يؤدي إلى الروح الجمعية ويحدث هذا من خلال التجمع حول مائدة الطعام ، التجمع في المناسبات الدينية. والتواصل الانفعالي واللغوي والمشاركة الوجدانية .
- عدم الوعي بحاجات الأبناء وعدم القدرة على رعايتهم ومتابعتهم مما يقلل من إمكانية إقامة روابط تعلق بين الطفل والوالد المدمن مما يجعل الطفل يشعر بأنه لا يستحق حب الآخرين ومساندتهم ويقلل من شعوره بالثقة بالنفس ويهيئه للاكتئاب .
- زيادة الإساءة الموجهة من الوالد المدمن إلى الطفل والأم لإحباط الوالد (وفقد وظيفته مثلاً) ، وتدهور صحته ، وعدم قدرته على السيطرة على انفعالات وشعوره بالضيق المادي وعدم قدرته على الكف عن الإدمان.
- يتزايد احتمال أن يصبح الأبناء المدمنين نماذج يقتدي بها الطفل حيث يوفر الوالد المدمن للطفل ما يعرف " بثقافة الإدمان " من حيث أنواع المخدرات وكيفية التعاطي خاصة إذا كان الوالد من نفس جنس الطفل .
- يتسم أبناء المدمنين باضطراب في الشخصية ، أعراضه التمرد ، زيادة الانفعالية وعدم النضج والافتقاد إلى الضبط الذاتي.
- بالإضافة إلى الجوانب النفسية توجد جوانب وراثية وبيوكيمائية لأطفال الآباء المدمنين مما يؤدي إلى زيادة إمكانية تعاطيهم للمخدرات بمعدل يفوق أبناء الآباء غير المدمنين بخمس مرات .
- يشعر الطفل بالخجل وبوصمة العار من أن والده مدمن مما يضر بعلاقاته الاجتماعية ويشعره بالعزلة والاستبعاد .
- تتضرر الزوجة (أم الأطفال) تضرراً شديداً من إدمان الأب وتتعرض للإساءة .

- يتضرر النمو الأخلاقي للطفل بإدمان الوالد حيث لا يمثل الوالد نموذج أو قدوة حية للطفل ، ونظراً لغياب الضوابط أو تشددها تتضرر الآنا العليا للطفل فتكون إما سيكوباتي أو مكتئب .
- يتكون لدى الطفل صيغة معرفية عن ذاته بأنه سيئ ولا يستحق الحب وعن الآخرين بأنهم سيئين ولا يستطيعون حبه أو حمايته وعن المستقبل بأنه لا يمكن التنبؤ به . (روزماري لامبي وديني مورنج : مرجع سابق : ٢١٠)
- في مرحلة المراهقة فإن الوالد المدمن العاجز والضعيف لا يستطيع مراقبة أو متابعة علاقات إبنه مما ينبئ بإدمان الإبن في حالة تعرضه لضغوط الأقران .

(أوسكار بوكستين ترجمة خالد الفخراني وإبتسام السطيحة ٢٠٠٠ : ١٥٦) .

- في مرحلة الطفولة يشعر الطفل بأن الكبار الذين يُفترض أنهم مصدر الحماية والذين يعتمد عليهم ويثق فيهم يسلكون على نحو يصعب التنبؤ به ، وتستمر حياة هؤلاء الأطفال بأن يتعلموا كيف يصبحون ملفتين بذواتهم معتمدين على أنفسهم ويكتبون مشاعرهم ، ولا ينتظرون أن يقدم لهم الآخرين شيئاً ، وحتى عندما يتوقف الوالد عن الإدمان فإن أنماط هذه الأسر وأساليب الشخصية تبقى كما هي .(روزماري وديبي مورنج : مرجع سابق).

٢- العوامل المخففة من آثار إدمان أحد الوالدين على الأطفال :

١) ان يهيئ الوالد غير المدمن بيئة مستقرة يسعى من خلالها الوقت والاهتمام وجوانب الرعاية الكامنة لنمو الطفل مما يقلل من الآثار السلبية للإدمان .

٢) المساندة الاجتماعية والانتقالية من نماذج أخرى (الأجداد ، المعلمين ، الجيران ، جماعات الرفاق ، الأقارب).

٣) تماسك الأسرة ومحاولة التغلب على مشكلة إدمان الوالد ومعالجته .

٤) استمرار أنشطة الأسرة الروتينية اليومية (طقوس الأكل ، المناسبات الدينية والاجتماعية ، الخروج كأسرة واحدة) .

والعوامل السابقة من شأنها شعور الطفل بالتعلق بالأسرة والأمن النفسي ويعطى الطفل القدرة لإقامة علاقات خارج الأسرة ، وإقامة علاقات في مرحلة الرشد.

(و) المرض النفسي والعقلي
واضطرابات الشخصية لدى الوالدين

يبدو الاضطراب النفسي والعقلي للوالدين – أو أحدهما – أحد أخطر الظروف الضاغطة المنبئة بالمشكلات النفسية والعقلية واضطرابات الشخصية لدى الأبناء ، حيث أن

الوالد المريض – ما عدا السيكوباتي يتألم ويؤلم من حوله ، ويشعر الأبناء غالباً بالعجز تجاه ما يصدر عن الوالد المضطرب وحتى ندرك حجم المشكلة فلا بد من عرض بعض الإحصائيات والنسب لانتشار الاضطرابات النفسية، ففي الولايات المتحدة الأمريكية – على سبيل المثال – يعاني ٣٠ مليون أمريكي من نوع أو أكثر من الاضطرابات العقلية ويشمل هذا العدد ١,٦ مليون مريض بالفصام ، ٩,٤ يعانون من اضطرابات وجدانية ، كما يوجد ٥ ملايين طفل على الأقل مصابون بأمراض نفسية مثل (الاكتئاب .. الخ).

وهذه الاضطرابات العقلية لو تُركت بدون علاج فإنها تعوق النمو المعتاد ، كما أن هذه الاضطرابات تعكس الشعور أو المقولة الأمريكية بأن " واحد من كل خمسة أمريكيين مصابين بمرض عقلي أو نفسي ". وبعض هؤلاء الملايين يعانون التشرد والعزلة والوحدة ، وقد لا يهتم أحد عما إذا ماتوا أو ظلوا على قيد الحياة ،ولكن معظم هؤلاء المرضى النفسيين الذين يبلغ عددهم ٤٢ مليون نسمة في الولايات المتحدة الأمريكية فقط من البالغين والأطفال لهم أسر تهتم بهم وتشاركهم حياتهم ومتاعبهم.(*حسن مصطفى ٢٠٠٤ ، ٢٤٧*)

وسوف نناقش موضوع المرض النفسي والعقلي واضطرابات الشخصية لدى الوالدين من خلال:١- التأثيرات العامة للأمراض النفسية والعقلية للوالدين على الطفل، ٢- التأثيرات النوعية للاضطرابات النفسية للوالدين على الطفل٣- تأثير اضطراب شخصية الوالدين على الطفل٤- الفصام ٥- اكتئاب الوالدين ٦- قلق الوالدين٧- الوسوسة الوالدية.

١) التأثيرات العامة للأمراض النفسية والعقلية على الطفل :

- الشعور بالخجل والعار لكون أحد أفراد الأسرة مريض ، فتصبح الأسرة مثارا للسخرية ، وقد يحجم الكثير من الأسر عن التعامل معها أو الزواج منها خوفا من انتقال المرض إلى الأبناء ويستمر الشعور بالعار حتى بعد وفاة المريض (*).
- الأعباء المالية الكبيرة الناتجة من شراء العقاقير الطبية وأجور الأطباء والإقامة في المستشفى.
- يشكل بعض المرضى خطرا على ذواتهم (الاكتئاب ومحاولات الانتحار) أو خطراً على الآخرين " مرض البارانويا ومضطربي الشخصية السيكوباتية).

(*) لاحظ المؤلفان خلال اشرافهما على الزيارات الميدانية الدوائية لطلاب قسم علم النفس أن بعض الأسر تحجم عن زيارة ابنها أو زوجها المريض واحيانا بعض الأسر تمنع ابنائها من زيارتها أثناء فترة التاهيل ، وبعض الأسر تقطع صلتها تماما بمرضاهم مما يشكل مآساة إنسانية.

- توجد تأثيرات محتملة للاضطراب النفسي للأبناء من خلال التوحد بأعراض الوالد المريض (الخوف المرضى مثلاً) أو من خلال التقليد والقدوة.
- إذا التحق المريض بمستشفى للصحة النفسية فإنه يحرم أبنائه من رعايته وحمايته وحبه وبالتالي يعانون فقد الأدوار الأبوية الضرورية ، كما يشعر أهل المريض بالذنب لإيداعه في المستشفى.
- تضطرب العلاقات داخل الأسر بين الزوج والزوجة التي يعاني إحدهما من المرض النفسي أو العقلي وتزداد الخلافات مما ينعكس بشكل مباشر على الصحة النفسية للأبناء .
- إذا لم يلتحق المريض بالمستشفى وظل في المنزل فإنه يشكل ضغطا هائلاً على كل أفراد الأسرة نظراً لجوانب المرض الكثيرة والمعقدة والتى لا يمكن التنبؤ بها ، وكذلك بسبب الصعوبات العديدة التي ينطوى عليها العلاج وإعادة التأهيل وأيضاً المسئولية القانونية عن المريض .
- تتعرض الأسرة أحيانا لضغوط شديدة بسبب السلوك الشاذ للمريض مع الآخرين مما يجبرهم على التعامل مع الشرطة أو الأطباء النفسيين وغيرهم .
- يتعرض أفراد الأسرة إلى سلوك عدواني أو نوبات نفسية غير متوقعة، وأحداث غير مقبولة اجتماعيا في الأماكن العامة ، أو التجمعات ، وصراعات مع الجيران، ضياع النقود أو اتلافها ، تدمير الممتلكات ، أنماط نوم عكسية تجعل الأسرة في حالة يقظة ، ورفض العلاج.
- فقد الوظيفة أو عدم القدرة على إكمال التعليم وعدم تحقيق الطموحات والتطلعات .
- عنصر الوراثة حيث نجد أن أبناء الوالدان المضطربين نفسيا من الأرجح أن يكونوا مضطربين ما لم تتدخل عوامل مخففة (مثلاً السلوك المضاد للمجتمع أحيانا ما ينتج من التعامل مع والد سيكوباتي والاعتقاد بأن أساليبه هي الملائمة للتعامل مع الآخرين ومع الواقع) (حسن مصطفى٢٠٠٤ :٢٥٠)

(**Rutter, 1980 , Norton, & Dolan, 1996, 214-232.**)

٢- التأثيرات النوعية للاضطرابات النفسية للوالدين على الأطفال :

من الأرجح أن تكون هناك تأثيرات نوعية للأمراض النفسية والعقلية واضطرابات الشخصية لدى الوالدين ، فمثلا الأباء العصابيين يكون أبنائهم أكبر عُرضة للمشكلات الانفعالية ، أما أبناء مضطربي الشخصية فغالباً ما يكون ابنائهم عرضة للمشكلات السلوكية ونستطيع أن نحدد بعض هذه المشكلات كما يلي :

أ- تأثير اضطراب شخصية الوالدين على الطفل: Personality Disorders

اضطرابات الشخصية هي " مجموعة من الاختلالات تتضمن نمطا ثابتا من الخبرة الذاتية والسلوك يكتشف عن نفسه في معاناة الفرد من الفشل مع مشكلات الحياة اليومية والعلاقات الشخصية المتبادلة ،وقصور في الأداء الوظيفي المهني والاجتماعي وشعور الفرد بالتعاسة لوجود مثل هذه الاختلالات ، ولا تكون هذه الاختلالات موقفية وانما لها تاريخ طويل في الطفولة أو المراهقة ، ولا ينبغي أن تكون هذه الاختلالات بسبب اضطرابات عقلية أو طبية ." *(Derksen , 1995 : 34)*

واضطراب شخصية الوالدين تضر بنمو الأبناء بشكل مباشر من خلال أعراضها وبشكل غير مباشر من خلال نواتج اضطراب شخصية الوالدين وأعراضها (زيادة القلق والاكتئاب والأفكار الانتحارية ، العنف ، المخدرات ، اضطرابات الأكل ، الاتصالات الجنسية غير المشروعة ، المعاناة من الألم النفسي، مما يقلل من كفاءة وفاعليته الوالدية ، كما أن اضطراب شخصية الوالدين من الأرجح أن ينتج عنه اضطراب في شخصية الأبناء Personality Disordered Parents May Produce Personality Disordered Children

واضطراب الشخصية لدى الوالدين هو مؤشر لاضطرابات علاقاتهم مع الأبناء ويتسم الوالدان – أو احدهما – بما يلي : (الإساءة المتكررة للأبناء ، الفشل في حمايتهم ورعايتهم وعدم القدرة على تحمل مسئولية تربيتهم لإنشغالهم بأعراضهم المرضية ، هم تعرضوا لخبرات إساءة متكررة وليس لديهم تعلق آمن ولا يستطيعون أن يشعروا أبنائهم بالحب أو الدفء ، تنشأ لديهم خلافات قد تنتهي بالطلاق ، استجاباتهم الانفعالية محدودة ويفتقدون للمرونة وتنويع الاستجابات ، ليس لديهم القدرة على التعبير الانفعالي ، يفتقدون إلى إستراتيجيات مواجهة الضغوط والأزمات) .

وفي مراجعتهما للدراسات التي أجريت على تأثيرات اضطراب الشخصية على نمو الأبناء ومشكلاتهم السلوكية أشار *نورتون دولان* *Norton & Dolan,1996* إلى شيوع

اضطرابات الشخصية بنسبة ١٠٪ من السكان بدرجات متفاوتة من الشدة، كما أنها تمثل ٦٠٪ من المرضى المترددين على العيادات النفسية ، كما أن ٣٩٪ من أبناء مضطربى الشخصية يعانون من اضطراب فى شخصياتهم مما يشير إلى انتشارها .

أما عن تأثيرها على الأطفال فإن هذا يتوقف على نوعية الاضطراب ، فعلى سبيل المثال فإن اضطرابات الشخصية الأكثر تاثيرا على الأطفال ، هي :

- الشخصية المضادة للمجتمع : تتسم هذه الشخصية بالفشل في إقامة علاقات مع الأبناء وغياب الشعور بالذنب عند عقابهم أو الإساءة اليهم ، كما تتسم بالاندفاعية وعدم مراعاة مشاعر الطفل وعدم القدرة على التعامل الايجابى أو الإشراف على شئون الطفل ، كما يمثل عامل خطورة للتنبؤ بالسلوك المضاد للمجتمع لدى الأبناء.
- أما الشخصية البارانوية تتسم بالشك فى الآخرين وسوء تفسيز دوافعهم والخوف من الأذى والخديعة من الآخرين مما يقلل من قدرته على إقامة علاقة سوية مع طفله .
- الشخصية الفصامية : تتسم بعدم القدرة على إقامة علاقات مع الأبناء والانشغال الذاتى بالأشياء ، وتفضيل العزلة والأنشطة الفردية مما لا يتيح له فرصة للتعامل مع الأبناء أو متابعتهم أو الانخراط فى شئونهم واهتماماتهم .
- الشخصية الحدية : تعرضت الشخصية الحدية فى تاريخها النفسى لاساءات متعددة خاصة الإساءة الجنسية التى ينجم عنها الأعراض التالية للإساءة الجنسية Post Sexual Abuse Syndrome مما يجعله يعانى من عدم ثبات الهوية والشعور المستمر بالتهديد والاعتقاد بأن العالم مكان خطر والشعور بالعجز من التأثير فى الأحداث مع اضطراب انفعالى وسلوك إندفاعى وسلوك متكرر لايذاء الذات (الانتحار) .
- الشخصية المتجنبة : تعانى من نقص الكفاية الشخصية والاجتماعية وعدم الاقبال على الأنشطة الاجتماعية وعدم الرغبة فى التعامل مع الآخرين وينعكس ذلك على أبناءه فلا يتيح لهم إقامة علاقات مع الأقران ولا يريد لهم الاختلاط مع الآخرين مما يؤدى إلى قصور فى كفايتهم الاجتماعية.
- الشخصية الاعتمادية : تتسم بالعجز وعدم القدرة على إتخاذ القرارات والانزعاج الشديد عندما يكون وحيدا أو عند التهديد بانهاء علاقة او انهائها

فعلاً ، والواضح أن هذه الشخصية لا تستطيع تقديم الرعاية والحماية للأبناء ولن يستطيع أن يدربهم على الاستقلالية كأحد أهم مقومات الوقاية النفسية .

- الشخصية الهستيرية : تتسم بعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية أو انفعالية ثابتة وتعتمد في تقديرها لذاتها على تقدير الآخرين لها وتصرف طاقتها في محاولة جذب انتباه الآخرين ، وهذا ما ينطبق أيضاً على الشخصية النرجسية التي تفتقر إلى القدرة على التعاطف مع الآخرين وعدم الاهتمام بمشاعرهم (Davison & Neale , 1994 : 272-272)

ب- الفصام :

يعتبر الفصام أخطر الأمراض التي تضر بعلاقة الوالدين بالطفل ،فالاضطرابات النفسية الأخرى (الاكتئاب مثلاً) يجعل الأم قد تشارك أبنها أنشطته واهتماماته بعض الوقت، كما تهتم بحمايته ورعايته وهي أكثر توجيها لابنها من الام الفصامية . وتوصف الأم الفصامية بأنها " أم مولدة للمرض النفسي والعقلي للابناء " ، وتظهر تأثير الفصام الوالدى على الأبناء فيما يلي :

١) عدم الرغبة في الحمل واذا حملت يكون لديها ذهان ما بعد الولادة ، ويجد العاملين في مستشفى الولادة صعوبة في التعامل معها وقد تشتم هيئة التمريض أو الأطباء والنتيجة أنهم ياخذون طفلها منها مما يزيدمن أعراضها المرضية.

٢) لا تعطى ابنها الراحة أو الهدوء أو الرعاية ولا تتفاعل معه ولا تشعره بحبها وتتباعد عنه جسميا ونفسيا مما لا يؤدى إلى تكوين رابطة تعلقه بها .

٣) لا تسمح لابنائها بممارسة الأنشطة أو إقامة علاقات مع الأقران .

٤) لا تستثير الطفل انفعاليا أو إجتماعيا ولا تستجيب لحاجاته ولا تفهم اشاراته.

٥) توجد لديها أعراض من الهلاوس والضلالات وتؤثر على تفاعلها مع طفلها حيث تشك في الآخرين وفي أنهم سوف يؤذون طفلها (لا تسمح لطفلها بشرب الماء في المدرسة - لا يشارك الأطفال الآخرين في الطعام أو الأنشطة).

٦) يعاني الأبناء من نقص في المهارات الاجتماعية.

٧) الضوابط الوالدية متناقضة ومتشددة وغير متسقة وغالبا ما لا يستطيع الطفل أن يتفهم ما تريده الأم من شدة تناقضه وعدم وضوحه .

٨) تفكير الأم مشوش ومضطرب مما ينعكس على إدراك وتفكير الأبن.

٩) لا يستطيع الطفل التنبؤ بسلوك أو افعال الأم.

١٠) التناقض الوجداني في التعامل مع الأبناء .

(Goodman & Brumbly,1990 : 31-39 , Seeman, 1996 : 190-200)

جـ - اكتئاب الوالدين :

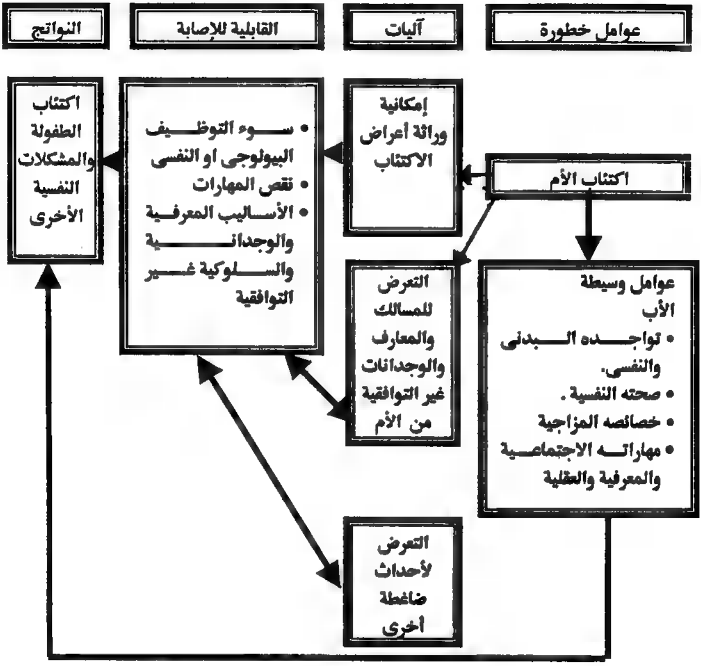
" اكتئاب الطفل هو مؤشر أو عرض لاكتئاب الام " ، هذه الفرضية تم التحقق منها في كثير من الدراسات منها على سبيل المثال Dodge, 1990 , Rutter, 1990 , Fendrich et al., 1990 , Cummings & Davis, 1993 , Goodman & Gotlib, 1999).

وقد أشارت هذه الدراسات إلى أن ربع السيدات يعانين من أعراض الاكتئاب في فترة من فترات حياتهن ، وأن ٥٠٪ من أبناء الأمهات المكتئبات من الأرجح أن يعانون من أعراض الاكتئاب وتتسم الأم المكتئبة بعدم الفاعلية وتضر نمو الطفل والمراهق كما يلي:

- تعاني الأم من مشاعر الحزن واليأس والعجز والشعور بالفشل مما لا يتيح لها التوافق مع ابنها .
- لا يكون من السهل إثارة مشاعر الفرح أو السرور لدى الأمهات .
- لا تستطيع الأم ان تتفهم حاجات الطفل أو تتفهم إشاراته وتفتقد القدرة على التعاطف والتعلق الانفعالي.
- لا تستطيع الأم تحمل أعباء تربية الطفل .
- تعاني الأم من الانسحاب من العلاقات وعدم الرغبة في التواصل مع الآخرين ولا تستطيع أن تساند أبنائها.
- لا تستطيع الأم أن توصل مشاعر الحب والمودة والاهتمام للأبناء مما يجعلهم يعانون من نقص في المهارات وعدم الأمن النفسي.
- لا تهتم الأم بالمدعمات الإيجابية للابناء في حالة الإنجاز أو النجاح.
- تعاني الأم من الشعور بعدم التحكم وعدم الفاعلية .
- الإساءة البدنية والنفسية للابناء.
- المعاناة من الاضطرابات السلوكية وامكانية تعاطي المخدرات .
- تعاني الأم من أعراض التشويه المعرفي حيث تحريف الخبرات في اتجاه الفشل والياس ولوم الذات ، كما يظهر ذلك في سوء تفسير وتقدير سلوك الطفل.

* يفتقد الأبناء للمهارات الاجتماعية التي تعوقهم على التواصل الاجتماعي مع الأقران والآخرين ويضع بذرة الاكتئاب لديهم .

ويوضح الشكل التالي كيف أن اكتئاب الأم يؤثر في المشكلات النفسية للأبناء بشكل مباشر وبشكل غير مباشر ، كما يوضح الشكل أنه في حالة عدم وجود عوامل وسيطة تخفف من حدة إكتئاب الأم على الأبناء ، مثل تواجد الأب النفسي والبدني وتفاعله ومساندته للأبناء ، فإن الاكتئاب والأعراض المرضية الأخرى لديهم سوف تتزايد .



Goodman & Gotlib, 1999 : 458 0 490

وهناك بعض العوامل المخففة من اثر اكتئاب الأم ذكرنا منها مساندة الأب أو جماعة الأقران أو الأشقاء ، وكذلك فإنه قد توجد بعض الجوانب الإيجابية لاكتئاب الأم على نمو الأطفال ، فبعض الأطفال يستطيعون تنمية مهارات المواجهة والتحدى والاستقلالية

اعتمادا على الذات وليس الام ، كما أن بعض الأمهات المكتئبات تستطعن التواصل مع الأبناء ومنحهم الحب .

٦- قلق الوالدين:

القلق هو شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز مصحوب عادة ببعض الاغراض الجسمية ، ويظهر تأثير قلق الوالدين على الطفل من خلال ملاحظة الأطفال للوالدين وهم يتعاملون مع معظم المواقف بقلق واهتمام، فهم يرون آباءهم متوترين وهم يحضرون انفسهم لرحلة او لمناسبة أو يناقشون موضوعات المستقبل او غير ذلك . ويصبح الجو مشحونا بالتوتر بدلاً من أن يكون مشبعا بالنظرة الهادئة التفائلية ، كذلك فأخلاق الوالدين يجعل تعاملاتهم مع الأبناء تتسم بالحماية الزائدة مما يضر النمو النفسى السليم للابناء ، كذلك فإن المخاوف المرضية الوالدية تؤثر سلبا على الأبناء ويتعلمون الخوف المرضى من أشياء لا تخيف عندما يرون الوالدين يخافون من تلك الأشياء.

٧- الوسوسة الوالدية :

الوسواس القهرى يجعل الأباء لا يرضون أبدا عن اداء الأبناء فهم دائما يريدون الوصول إلى الكمال وعدم الوقوع فى الأخطاء ،وهذا يندر حدوثه ، وهم يخافون من تشجيع الأبناء حتى لا يكون ذلك سببا فى تدليل الأبناء ، كما أنهم يفرضون الكثير من القيود على الأطفال مثل قيود النظافة حيث إرغام الأبناء على غسل اليدين بطريقة معينة أو لعدد معين من المرات ، ويشعر الطفل بالصراع ، أو يلتزم بتعليمات الوالدين له .

(داليا مؤمن :٢٠٠٤ ، ٨٧).

(ذ) السلوك الاجرامى للوالدين

يعتبر السلوك الاجرامى لأحد الوالدين هو عامل خطورة للتنبؤ بانحراف الأبناء من خلال العدوان والسلوك المضاد للمجتمع ، وهذا يعود للأسباب الآتية:

- زيادة الخلافات والمشاحنات الأسرية واضطرابات العلاقة الزواجية .
- يشعر الطفل بأن البيئة الأسرية باردة Cold وعدائية Hostile .
- يعتبر الوالد العدوانى قدوة للطفل مما يجعله يعتقد أن العدوان هو الوسيلة المناسبة للتعامل مع الآخرين والسيطرة عليهم .
- يتعلم الطفل فى الأسر الاجرامية بعض المسالك المنحرفة (السرقة ، الكذب .. الخ) ويعتقد الطفل أنها مسالك مقبولة .

- غالباً ما يكون دخل الأسرة غير كاف بسبب سجن الأب أو فقده وظيفته أو عدم وجود عمل ثابت له مما يشكل عامل خطورة لانحراف الأبناء.
- يشعر بعض الأطفال بالخجل والعار من ابائهم وينخفض تقديرهم لذواتهم .
- غالبا ما تكون الضوابط الوالدية إما غائبة او غير متسقة.
- يتعرض الطفل لكل اشكال الإساءة من الوالد المجرم .
- أحيانا يعزى الأب المجرم سبب ارتكابه للجرائم إلي وجود الأبناء مما يشعرهم بالذنب ولوم الذات (Rutter , 1980 , 181).

(و) الحماية الوالدية الزائدة .

Parental Overprotection

إذا كانت حماية الوالدين للطفل ضرورة لاستمرار حياته فإن زيادة الحماية تؤدى إلى اعاقة النمو النفسى السليم له (Parker , 1983 ;311)

تعريف الحماية الزائدة :

هى ادراك الطفل من خلال معاملة والديه له انهما يخافان عليه بصورة مبالغ فيها أكثر مما يرى زملاءه واصدقائه يجدون عند ابائهم ،وأن والديه يعملان على حمايته من كل مكروه ولا يريدان له أن يتعرض لاى موقف يؤذيه جسميا أو نفسيا ويلبيان كل رغباته بسرعة ولا يرفضان له طلباً وقد لا يرغب الطفل فى بعض هذه الأساليب من جانب والديه ولكنهما لا يقبلان برغبته ويستمران فى احتضانهما الشديد له .

ومن المواقف التى تشعر الطفل بالحماية الزائدة :

- اشفاق الوالدين المستمر عليه من الواجبات المدرسية ومن طول اليوم الدراسى.
- منعه من الاختلاط بالآخرين وعمل صداقات معهم أو أن تكون هذه الصداقات تحت اشرافهم دائما .
- تشجيع الوالدان له على الاعتماد الزائد عليهما .
- شعور الطفل بلهفة الوالدين وقلقهما الشديد عليه.
- ادراك الطفل أن طلباته تلبى من كافة الوالدين بسرعة.
- يتسامح معه الوالدان مع اخطاء يعاقب عليها الآخرون.
- لا يعطونه الفرصة للمساعدة فى المنزل من خلال ترتيب غرفته وأغراضه دائما *(علاء كفافى ١٩٨٩ : ٣٢٢)*

أسباب الحماية الزائدة :

تتعدد أسباب الحماية الوالدية الزائدة للطفل كما يلي : (تعدد خبرات الفشل في الحمل والانجاب. فقد طفل بالموت. المرض الجسمي المزمن للطفل . المعاناة في الحمل. تأخر سن الزواج وتأخر الانجاب. نشأتها في أسرة إفتقدت فيها الحب والوفاء ، فيعطي طفلها ما حرمت منه . اضطراب العلاقة مع الزوج . قد تكون مشاعر الأم عدوانية ورافضة للطفل فتحولها بميكانزم التكوين العكسي إلى حماية زائدة وحب مبالغ فيه. اضطراب صحية الأم وحاجتها المرضية لاعتماد طفلها عليها).(Rutter , 1980 : 148 -153)

الآثار المترتبة على الحماية الزائدة للأبناء: .

توجد الحماية الزائدة في معظم المجتمعات وبقدر ما تزداد الحماية الزائدة يزداد الخطر نحو اعاقة الطفل وعجزه عن النضج والنمو النفسي السليم .

ومن أهم الآثار السلبية المترتبة على الحماية الوالدية الزائدة للطفل ، ما يلي: عدم القدرة على استكشاف البيئة. عدم القدرة على اتخاذ القرارات. السلبية والخضوع. عدم القدرة على تحمل المسئولية. اضطراب الشخصية الاعتمادية. صعوبة في تكوين العلاقات مع الآخرين مع زيادة الشعور بالوحدة والعزلة. عدم القدرة على مواجهة الضغوط والمشكلات .

إنخفاض تقدير الذات والشعور بالنقص . عدم القدرة على تحمل الإحباط . اضطراب الهوية الجنسية. زيادة الأعراض المرضية المتمثلة في القلق ، الاكتئاب ، المخاوف المرضية ، توهم المرض . (Parker, 1983: 31- 43).

سابعاً : بعض فوائد التعرض للازمات والضغوط وعوامل الخطورة

ظل الباحثون يربطون بين التعرض للضغوط وبين الأمراض النفسية ، إلا أنه خلال العقدين الآخرين أشارت نتائج بعض الدراسات (Kobasa,1979) إلى أن هناك بعض الأشخاص قد يتعرضون للضغوط ولا يمرضون بل أن الضغوط تزيد من قدرتهم وصلابتهم. ويبدو أن تأثير الضغوط والأزمات وعوامل الخطورة يرتبط ببعض المتغيرات التي قد تزيد او تقلل من تأثير الضغوط على الأفراد وحتى نتبين هذه القضية سوف نعرض لآراء بعض العلماء الذين كانت لهم اسهامات بارزة في هذا الميدان:

• أشار *راتر(Rutter, 1983*) إلى أن تقييم الفرد للحدث الضغط وتقييمه لقدرته على مواجهته هو الذي يحكم تأثر الفرد بالضغوط ، كما أشار *راتر* إلى أهمية وفوائد التعرض للضغوط في تقوية العوامل الواقية حيث أكد على أن العوامل الواقية لا تعمل

بشكل تلقائي في مواجهة ضغوط الحياة إذ أن دورها كمصادر مقاومة لا يكون فعالاً إلا بقدر استخدام الفرد لها . كما يشير *راتر (ترجمة ممدوحه سلامة ١٩٩١ب : ١٧٤)* إلى أن الأحداث الضاغطة التي تصيب الراشدين يمكن أن يكون لها تأثير يزيد من صلابتهم ، وكذلك الاخر بالنسبة للاطفال إذ يبدو أن بعض أشكال خبرات الانفصال يمكن أن تقي الأطفال من خبرات أخرى شديدة الوقع ، فالطفل قد يخرج من أول محنة يتعرض لها بنجاح مع تحسن ميكانزماته للمواجهة والتغلب على الشدائد ، أوتقويه تقديره لذاته ، أو زيادة فاعلية استجاباته الفسيولوجية في مواجهة الضغوط ، فإذا كان الأمر كذلك فقد يصبح أكثر مقاومة للشدائد والأحداث الضاغطة ، أما إذا تركته أول محنة عاجزا ، غير قادر على المواجهة الفعالة أو مصاباً بخلل فسيولوجي ، فقد يصبح حينئذ أكثر قابلية للاصابة والمعاناة امام الضغوط وظروف الشدة.

- وتشير *جانيفر نيوتن Netwon 1988* إلى أن الضغوط إذا لم تؤثر على الفرد تاثيراً سلبيا فهي تزيد من قدرته على المواجهة ومن كفايته الشخصية ، فاطفال الطلاق والأطفال الذين توفى أحد والديهم يتعلمون الاستقلالية وتحمل المسئولية ويقتصدون في انفاقهم، ومواجهتهم لهذه الضغوط من المحتمل أن تجعلهم أكثر مرونة وقدرة على مواجهة الضغوط والأزمات في المستقبل بأقل قدر من التوتر.
- ويرى *رادولف موس Moos, 1976* أن أزمات الحياة Live Crises ، تحمل في داخلها الفرصة لنمو الشخصية Personality growth حيث يتعلم الفرد من الأزمات ويصبح اقوى بعد الأزمة ، بل ان الأزمة ذاتها تنشط امكانات الفرد وتزيد من تمكن الفرد للمواجهة ، مما يتيح للفرد ، التغلب على الأزمات بعد ذلك ، كما أن الأزمة أيضاً ،تحمل في داخلها الخطر Danger حيث يرتبط ، يتزايد احتمالية اصابة الفرد بعد التوازن ، وعدم التنظيم ، والقلق ، والتوتر ، والعجز، وكون الأزمة تنطوى على الفرصة لنمو الشخصية أو الخطر لإصابة الشخصية بالأمراض النفسية ، فان هذا يرتبط بخبرات الفرد السابقة Past Experiences داخل الأسرة حيث أن العلاقات الطيبة واعطاء الأسرة الطفل قدر من الاستقلالية واعطائه قدر من الحرية لمواجهة المشكلات يسهل مواجهة الفرد للازمات فيما بعد، أما الحماية الزائدة ، أو الرفض والإهمال ، فلا تسمح للطفل بنمو امكانات المواجهة، وبالتالي فإن احتمالية الفشل وتزايد الأمراض الجسمية والنفسية لدى مواجهة الأزمات تكون الأكثر احتمالاً *(Moos,1976 pp3-16)*

- وفى دراسته المسحية للدراسات التى أجريت على فوائد التعرض للضغوط أشار Tennen 1999 إلى أنه لا الم بدون مكاسب . كما أشار إلى أن النمو الشخصى قد يرتبط بالضغوط. واشار إلى أن أى أزمة قد تؤدى إلى تغير مفهوم الفرد وفلسفته للحياة ونظريته لذاته وللعالم والآخرين والمستقبل ، فمثلاً إذا أصيب شخص ما بازمة قلبية فإنها من الأرجح أن تؤدى إلى تغيير نمط حياته وفلسفته ونظرته إلى المستقبل ويعرف معنى الصحة ومعنى الحياة ، وقيمتها ويبدأ فى تغيير بعض السلوكيات السيئة (التدخين- السهر ... الخ).

والضغوط قد تضيف إلى الاطار المعرفى للفرد وتجعل حياته أكثر ثراءا وازدهارا بشرط ان تتسم الشخصية بالصفات الآتية:

- الصلابة النفسية : Hardiness : وتتضمن الالتزام والتحكم والتحدى واعتبار ان التغير ضرورى للنمو وليس تهديدا للشخصية ، كما ان الضغوط تزيد من قدرة الفرد على التحدى على أن بعض الافراد يفضلون العمل تحت الضغوط(Kobas 1979)
- الأمل Hope وهو توقع تحقيق الأهداف فى المستقبل.
- النظرة الإيجابية الواقعية للأحداث وعدم المبالغة فى ادراك مخاطرها.
- التفاؤل يزيد من توقع تحقيق نتائج إيجابية من مواجهة الضغوط.
- الانفتاح على الخبرات الجديدة Open to experiences
- المواجهة وهى ما يبذله الفرد من مجهودات للتغلب على الأزمات السابقة وتضيف المواجهة إلى الاطار المعرفى للفرد خبرات ثرية وهامة.
- ان يكون لحياة الفرد معنى ، وهذا يتفق مع ما سبق ان اشار اليه فرانكل صاحب نظرية العلاج بالمعنى حيث اشار إلى ان الحياة معاناة ، وان تحيا هو أن تعانى وان تستمر فى الحياة هو ان تجد معنى لهذه المعاناة .(فيكتور فرانكل ترجمة طلعت منصور ١٩٨٢).

ومثل هذه الخصائص الإيجابية تهيئ الفرد لمواجهة الضغوط والاستفادة من المواجهة مما يؤدى إلى تقوية هذه الخصائص بعد المواجهة.

ثامناً : تعليق عام على عوامل الخطورة وكيفية عملها

يرى *راتر (Rutter, 1996: 365)* أن معرفتنا بعوامل الخطورة وبآليات عمليها ونواتجها فى حاجة إلى المزيد من الدراسة والتعمق حتى نستفيد منها فى برامج الوقاية

النفسية وفى زيادة قدرة الأفراد على المرونة والتكيف على الشدائد، ويمكن استنتاج بعض الملاحظات حول عوامل الخطورة ، أهمها :

- تزيد عوامل الخطورة من إحتمال حدوث الاضطراب السلوكى ، وقد لا تؤدى بالضرورة إلى حدوثه ، حيث أن الكثير من الأشخاص يستطيعوا التوافق مع هذه العوامل ولا يضطربون عند التعرض لها .
- أن تأثير عوامل الخطورة ليس متشابها مع كل الأفراد حيث يختلف تأثير عوامل الخطورة باختلاف خصائص الأفراد وإمكانية وجود مصادر للمساندة الاجتماعية وقدرتهم على المواجهة وأهدافهم المستقبلية.
- أن تأثير بعض عوامل الخطورة قد يختلف باختلاف طبيعة العامل نفسه ، فمثلاً تأثير وفاة الوالد على الطفل يتوقف على ما يعقبه من تغيرات ، بينما تأثير طلاق الوالدين يتوقف على ما يسبقه من مشكلات بين الوالدين وما يصاحبه وما يعقبه من إجراءات ، وتأثير الإساءة الوالدية يتوقف على تكرارها وشدتها، وبذلك فإن تأثيرات عوامل الخطورة قد لا ترتبط بالعوامل ذاتها (طلاق ، وفاة ، إساءة مثلاً) ، ولكن قد يرتبط بما يسبقها أو يصاحبها أو يعقبها من تغييرات وتأثيرات .
- تأثيرات عوامل الخطورة متباينة فى شدتها ، فالمنغصات اليومية المعتادة قد لا تؤثر على الطفل ، ولكن الوفاة المفاجئة قد تطيح بتوازنه النفسى ولا يستطيع استيعاب الحدث إلا بعد فترة من خلال تأثير العوامل المتحققة.
- هناك بيئات تمثل عامل خطورة Risk Environment على الطفل ، فالبيئة التى يوجد فيها أب مدمن أو مريض عقلى مثلاً هى بيئة تشكل خطراً على نمو الطفل .
- هناك دينامية لتفاعل عوامل الخطورة مع الوقاية ، فمثلاً ذهاب الأم للعمل بعد فترة من الرعاية المكثفة قد يعتبر عامل خطورة على الطفل يجعله يعانى من قلق الانفصال ، ولكن التحاق الطفل بحضانة فيها رعاية مناسبة وتكثيف الأم لرعايتها واهتمامها وحبها لطفلها فى أوقات تواجدها معه قد يقلل من تأثير الانفصال عن الأم . (Rutter, 1996 : 354-385)
- قد يكون للأبناء دور فى مشكلاتهم النفسية ، فعدم استقرار الحالة المزاجية للطفل وكثرة بكائه أو كسله تجعله ينال عقاب والديه ، كذلك فإن العدوان

الوالدى على الطفل قد يزيد من عدوانه وتمرده وخروجه على النظام الأسرى ، وهذا يجعله ينال العقاب مرة ثانية ، وهذا ما يطلق عليه الدائرة الخبيثة المستمرة The Continuing Vicious Cycle للعلاقة المضطربة بين الوالدين والطفل.

- قد يرتبط بعامل خطورة واحد عدة عوامل آخرى ، على سبيل المثال البطالة أو الفصل من العمل للوالد ، يؤدى إلى (تدهور الدخل وعدم كفايته ، اكتئاب الوالد أو إدمانه، شعوره بالفشل ، خلافات زواجية ، إساءة للطفل).
- ان وجود عامل خطورة واحد قد لا يؤدى إلى المشكلات النفسية للأطفال على سبيل المثال المعاناة الاقتصادية للأسرة ، يقل تأثيرها في ظل تماسك الأسرة وإدراك الأبناء لحب الوالدين لهم .

ولكى نفهم آليات عمل عوامل الخطورة لا بد من تحديد نقطة الانطلاق بعد أية تأثير عامل الخطورة ولا بد من تحديد عوامل استمرار تأثيره حتى يصل إلى مرحلة الاضطراب النفسى أو السلوكى .

ويسوق (آلان كازدان ترجمة عادل عبد الله ٢٠٠٠: ١٣٩-١٤٠) مثال على ذلك ، فالعقاب القاسى من الوالد يمكن أن يزيد من خطر تعرض الابن للاضطراب السلوكى من خلال التعلم الاجتماعى ، الأمر الذى يزيد من احتمالية أن يصبح الطفل عدوانيا ، وهذه العدوانية من جانب الطفل تؤدى إلى رفض أقرانه له وقد تؤدى إلى تعرضه للعقاب من جانب الوالد والمعلمين والأطفال الآخرين ، وقد تؤدى إلى فشله دراسيا وشعوره المستمر بالإحباط وعدم القدرة على تنظيم الذات ، وهذا قد يؤدى إلى مسارات متعددة منها التفاعل مع الأقران المنحرفين ليجد بينهم التقبل مما يؤدى إلى الاضطراب السلوكى والجناح أو قد يؤدى إلى الإدمان أو المرض النفسى ما لم تتدخل عوامل مخففة أو مساندة.

***

الفصل الثالث
عوامل الوقاية النفسية

مقدمة

أولاً : مفهوم العوامل الواقية

ثانياً: مستويات الوقاية النفسية

ثالثا : الحاجة إلى الوقاية النفسية فى مرحلة الطفولة

رابعاً: الإجراءات الوقائية

خامساً: مصادر الوقاية النفسية

١) تقدير الذات المرتفع

٢) الفعالية الذاتية

٣) إدراك الطفل للأمن النفسى من الوالدين

٤) القبول والمساندة الوالدية

٥) الأمل

٦) العلاقة الطيبة مع الأقران

٧) الخبرات المدرسية الإيجابية

٨) الذكاء

٩) مهارات حل المشكلات

١٠) التدين

١١) الصحة الجسمية

سادسا : البروفيل النفسى للأطفال المقاومين للضغوط

الفصل الثالث

عوامل الوقاية النفسية

مقدمة:

من الممكن القول بأننا نعيش اليوم فى عصر " علم النفس الإيجابى " فقد ركز علم النفس كثيرا – خلال تاريخه القصير – على الجوانب السلبية لدى الإنسان مثل : القلق والخوف والاكتئاب والعدوان والإدمان والجريمة قبل أن يركز على السعادة والرضا والأمل والتفاؤل والثقة كمتغيرات أساسية تساعد الفرد على المواجهة الناجحة لضغوط الحياة ومشكلاتها . وإذا نظرنا إلى ضغوط الحياة سنجد أن تعرضنا لها امر حتمي لامفر منه، فواقع الحياة محفوف بالعقبات والصعوبات وأشكال الفشل والظروف غير المواتية، ونحن لا نستطيع تجنب الفشل أو الإحباط أو النقد ولا نستطيع أن نهرب من متطلبات التغير فى النمو الشخصى فى أى مرحلة من مراحل النمو " فلا حياة بدون ضغوط وحيث توجد الحياة توجد الضغوط "*(ممدوحة سلامة ١٩٩١)*

وإذا كان تعرضنا للضغوط أمر حتمى لا نستطيع التحكم فيه فإننا نستطيع فى مواجهة الأزمات والمشكلات والضغوط أن نقوى من المصادر النفسية والاجتماعية التى تساعد الفرد على المواجهة وفى ذات الوقت تقلل من الآثار السلبية للتعرض لهذه الضغوط وأطلق العلماء على هذه المصادر مسميات مختلفة (عوامل وقاية – عوامل تخفيف – عوامل مقاومة – القدرة على استعادة التكيف ..الخ) . وهذه المسميات ووجهات النظر المتعلقة بمصادر مواجهة المشكلات أتت نتيجة لمجهودات علماء كانت لهم اسهاماتهم المتميزة خلال العقدين الآخيرين ومن أهمهم *مايكل راتر Rutter ونورمان جارميزى Garmezy وسوزان كوباسا Kobasa وهولاهان وموس Holahan & Moos وروبرت هاجرتى Haggerty وجون رولف Rolf* ، ومن العلماء العرب الذين كانت لهم كتابات هامة فى هذا الميدان ممدوحة سلامة وطلعت منصور وفيولا البيلاوى.

أولاً : مفهوم العوامل الواقية : Protective Factors

منذ عقدين من الزمن بدأ بعض علماء النفس يهتمون بالوقاية النفسية أو التحصين النفسى للأبناء انطلاقا من مبدأ أن الوقاية خير من العلاج ، ويهتم المنهج الوقائى بالأسوياء مثل اهتمامه بالمرضى ،ويهتم بالنمو النفسي السليم وتهيئة الظروف للصحة النفسية للأفراد .

وقد سبق أن أشار رواد التوجه الإنساني *ماسلو- روجرز.. وغيرهم* إلى أن مجال الدراسة في علم النفس يجب أن يتحول لدراسة الشخصية السوية والصحة وليس المرض ، كما أن الدراسات يجب أن تركز على الاشخاص الذين يجابهون المشاكل والضغوط ويحققون ذواتهم ، وبالتالي يجب أن تنمى المتغيرات الإيجابية في الشخصية كتقدير الذات والفعالية الذاتية والشعور بالكفاية لأن هذه المتغيرات تجعل الفرد أكثر واقعية في تقييم المشكلات وأكثر نجاحا وفعاليةوصلابة في مواجهتها. *(Holahan & Moos, 1990 ;909-917)*

ويعرف *مايكل راتر Rutter , 1990* عوامل الوقاية على أنها " مجموعة السمات الشخصية والبيئية والتى من شأنها التخفيف من وقع الأحداث الضاغطة على الجوانب المعرفية والجسمية والاجتماعية والانفعالية للفرد ".

أما *كازدين Kazdin* (ترجمة عادل عبد الله ٢٠٠٤) فيعرفها على أنها " العوامل أو المتغيرات أو التأثيرات التى يمكن أن تقلل او تلغى تأثير عوامل الخطورة ، وتساعد الفرد على زيادة القدرة على المرونة واستعادة التكيف عند التعرض لحدث معين ".

وهناك الكثير من المفاهيم المتداخلة والمتشابهة مع مفهوم الوقاية النفسية ، ومنها :

أ – عوامل المقاومة Resistance Factors

ويمكن تعريفها على أنها " المتغيرات النفسية والبيئية المرتبطة باستمرار السلامة النفسية حتى في مواجهة الظروف الضاغطة ، فهي تحيد أو تعدل ما للأحداث الضاغطة من آثار سلبية على سلامة الأداء النفسي ، وهي تمثل نقاط قوة لدى الفرد تساعده على أن يظل محتفظا بصحته الجسمية وسلامته النفسية حين تحل به ضغوطاً حتمية لا يمكن تجنبها" *ممدوحة سلامة ١٩٩١)* .

ب– المتغيرات المخففة أو المعدلة Buffering- Moderating

وهى " المتغيرات التى من شأنها التخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن تعرض الفرد لأحداث الحياة الضاغطة " .

جـ– التحصين ضد الضغوط : Stress- Inoculation

وهو عملية يتم من خلالها " إعداد الفرد وتهيئته من خلال تقوية مصادره النفسية وتعريفه بطبيعة الضغوط التى من الممكن أن يواجهها وكيفية مواجهتها والتغلب على الآثار السلبية لهاوتقييم نفسه بعد المواجهة " .

وفكرة التحصين ضد الضغوط تشبه فكرة تطعيم الأطفال ضد أمراض معينة ، حيث إننا لا نستطيع أن نعزل الأطفال أو نجنبهم مواجهة الضغوط ، ولكن نستطيع أن نحصنهم

ضدها من خلال تقوية كفاءتهم التي تساعدهم على مواجهة هذه الضغوط .
Meichenbaum,1985) ،

د – المرونة وسهولة التكيف **Resilience**

وتشير إلى " إيجابية الفرد وقدرته على استعادة توافقه ورجوعه إلى حالته الطبيعية (الأصلية) عند مواجهة ضغوط الحياة ، وكذلك هي قدرته علىالتكيف بشكل إيجابي في مواجهة المؤثرات الخطر "(آلان كازدين ٢٠٠٠ ترجمة عادل عبد الله : ١٠٨).

ويعرف *ماستن وآخرون* *(Masten et al., 1990)* المرونة وسهولة التكيف على أنها القدرة على التوافق الناجح **Successful adaptation** في مواجهة التحديات **Challenges** والظروف المهددة **Threatening circumstancs** ويحدد ماستن مقومات المرونة وسهولة التكيف على إنها ١–النجاح في مواجهة الضغوط ، ٢– استمرار الشعور بالكفاية أثناء التعرض للضغوط ، ٣– القدرة على تجاوز آثار الصدمات وتجنب الآثار السلبية لها وذلك من خلال المصادر النفسية والعلاقات الطيبة مع الراشدين ".

ثانياً : مستويات الوقاية النفسية :

نحن نعلم أنه للوقاية من المرض النفسي لا بد من معرفة أسباب الأمراض النفسية وإزالتها ، وتحديد الظروف التي تؤدي إليها حتى نضبطها ونقلل من آثارها ومساعدة الفرد على تكوين وتقوية كفاياته وقدرته على المواجهة ، ومن ثم تحسين صحته النفسية ، ويقسم البعض الوقاية إلى ثلاثة مستويات ، وهي :

١) الوقاية الاولية : **Primary Prevention**

وهي الإجراءات التي يتم من خلالها محاولة منع حدوث المرض أو التقليل من حدوثه بمجرد أن يلوح خطر حدوث هذا الاضطراب لدى المعرضين له . والوقاية الاولية هدفها منع تطور الاضطراب النفسي ، وتدعيم سعادة ورفاهية الأفراد الذين لم يتأثروا بعد باختلال أدائهم الوظيفي أو يعانون من مشكلات توافقية.

٢) الوقاية الثانوية : **Secondery Prevention**

وهي الإجراءات التي يتم من خلالها تشخيص الاضطراب في مراحله الأولى والتدخل المبكر لحالات الاضطراب ، وتركز برامج الوقاية الثانوية على الأفراد الذين تبدو عليهم بالفعل دلائل مبكرة لاختلال الأداء الوظيفي سواء كانت بسيطة أم متوسطة ، ويتم تقديمها لأولئك الذين يُعدون في خطر يجعلهم عُرضة للمشكلات النفسية ، ويتم إعداد

البرامج الوقائية فى هذا الصدد بغرض وقف تطور اختلال الأداء الوظيفى حتى لا يصل الأمر إلى ما هو أسوأ .

٣- الوقاية من الدرجة الثالثة : Tertiary Prevention

وهى المصطلح الذى يُستخدم أحيانا للإشارة إلى الإجراءات والبرامج التى يتم تطبيقها على الأفراد الذين يعانون بالفعل من مشكلة ، على الرغم من أن الهدف الذى تسعى مثل هذه البرامج إلى تحقيقه قد يتمثل فى منع تطور تلك المشكلة لدى هؤلاء الأفراد إلى الأسوأ ، وهذا المصطلح لا يُستخدم على نطاق واسع فى التراث السيكولوجى نظراً لأنه يعادل أو يساوى العلاج ، ومع ذلك فإن هذا المصطلح ذا أهمية نظراً لأنه يضع كلا من الوقاية والعلاج على متصل Continum من النقاط التى تتعلق بالتدخل .*(آلان كازدين ، ترجمة عادل عبد الله ٢٠٠٠ : ٢٠٦)* .

ثالثا : الحاجة إلى الوقاية النفسية :

تشمل مجالات الوقاية النفسية فى مرحلة الطفولة كل ما يؤدى إلى سعادة الطفل وصحته النفسية وتنمية مهاراته ، وزيادة مرونته وقدرته على مواجهة الضغوط بل والعمل تحت الضغوط وتقليل الآثار السلبية للضغوط عليه وتبرز الحاجة إلى الوقاية النفسية فى كثير من جوانب حياة الطفل والحاجة إلى الوقاية تبدو ملحة إذا علمنا أن واحد من كل خمس أطفال قد يكون فى حاجة إلى تدخل نفسى أو اجتماعى ، وأن وجود عوامل خطورة نفسية وعدم التدخل فى الوقت المناسب يترتب عليه زيادة المشكلات النفسية والانتحار وعدم القدرة على مقاومة ضغوط الأقران ، وزيادة الجناح ، وانخفاض مستوى التحصيل ، وادمان المخدرات ، وارتكاب الجرائم مما يشكل خطراً على الفرد والأسرة والمجتمع .
(Kazdin 2000 : 289)

رابعا : الإجراءات الوقائية :

(أ) الإجراءات الوقائية الحيوية :

تركز الإجراءات الوقائية الحيوية فى التأكيد على خدمات رعاية الأم قبل الحمل وأثنائه وكذلك الرعاية الصحية لكل من الام والطفل ، وتتضمن الإجراءات الوقائية الحيوية ما يلى :

* الصحة العامة ، وتشمل :

- رعاية الام طبيا ونفسيا منذ وقت الإخصاب وأثناء الحمل وعند الولادة وبعدها وخاصة الأم التى سبقت أن ولدت أطفالا ناقصى النمو أو بهم تلف فى المخ .

- وقاية الأطفال من الأمراض وتنمية المناعات لديهم وتحصينهم وتطعيمهم ضد الأمراض المعروفة وتغذيتهم بشكل ملائم .
- تكوين عادات النظافة .
- الوقاية من العوامل الخطرة فى البيئة ومراعاة الاحتياجات الخاصة بالسلامة وتجنب الحوادث .
- إعداد الوالدين لدور الوالديه وتوجيههما بخصوص الأهمية الانفعالية لميلاد طفل ، والأهمية الانفعالية للتفاعل مع الطفل منذ لحظة الميلاد حتى يستطيع تكوين رابطة تعلق آمنة مع الأم.
- الفحص الدورى لضمان الاكتشاف المبكر لأى مرض عضوى .
- تهيئة الظروف التى تؤدى إلى أفضل مستوى لضمان وسيلة لمقاومة ضغوط الحياة .
- العلاج النفسى والاجتماعى المبكر لإزالة العوامل المسببة للاضطراب الانفعالى .
- مساعدة الفرد على تحقيق التوافق العقلى والانفعالى.

* النواحى التناسلية ، وتشمل :

- منع ولادة أطفال لوالدين لديهما أمراض وراثية .
- رسم " خريطة كروموزمية " للعروسين تفيد فى التنبؤ باحتمال وجود مرض عضوى فى نسلهما مستقبلاً .
- دراسة التركيب الفعلى للموروثات " الجينات "
- للتفريق بين المورثات العادية والمرضية وإذا أمكن تصحيح الوضع مما يؤدى إلى منع المرض الوراثى ، خاصة مع تقدم علم الهندسة الوراثية.

(حامد زهران ١٩٩٧ : ٤٧)

(ب) الإجراءات الوقائية النفسية :

مفتاح الصحة النفسية هو أن ينمو الفرد نمواً سليماً وينشأ تنشئة اجتماعية سوية وأن يتوافق شخصياً واجتماعياً ومهنياً. وترى ***وينيكوت*** ***Winnicott,k 1976*** أن الوقاية النفسية للطفل ترتبط بالأمومة الجيدة الكافية Good Enough Mothering المتمثلة فى أن تشعر الأم ذاتها بالأمن النفسى والثقة وتعطى شعوراً للطفل بالأمن والثقة والقيمة من خلال الاستجابات لحاجاته الجسمية والنفسية وأهمها تقبله وتحمله والاعتراف به ككيان مستقل

عنها، وتعويده على تحمل الإحباطات ومواجهة القلق، والتعاطف معه ، وتفهم مشاعره ، والاستماع إليه والاستمتاع بمشاركته فى أنشطته ، وتشجيعه على الإنجاز، بالإضافة إلى مساعدته على تكوين تصور واقعي لذاته وللعالم المحيط به. (Givlber, 1983 : 163-188)

وتعرض ممدوحة سلامة (١٩٩٠ : ١٢٤ - ١٢٥) للظروف والإجراءات البيئية المشجعة للنمو السليم والمرتبطة باستمرار السلامة النفسية للطفل فى مواجهة الأحداث ، كما يلي :

١- الظروف والإجراءات التى تتيح الوفاء بحاجات الطفل الأساسية وتقوى سلامته الجسمية والنفسية والتى تتيح إشباع حاجاته للطعام والدفء والراحة.

٢- الظروف البيئية التى تهيئ الآمان والأمن النفسى بما توفره من علاقات مستقرة ثابتة ، ومصادر للاطمئنان يمكن اللجوء إليها حين تتأزم الأمور وفى مواقف التوتر ،وتقوم هذه العلاقات كقاعدة أمن تتيح للطفل أن يستطلع ما فى بيئته من خبرات جديدة ويعود إليها ، كما تمثل هذه العلاقات سنداً اجتماعياً وانفعالياً للطفل يزيد من شعوره بالقيمة.

٣- الظروف البيئية التى تتيح نماذج طيبة للسلوك والقيم الأخلاقية والاتجاهات يمكن للطفل أن يقتدى بها أو يقلدها لا شعوريا (جزء من عملية التوحد) .

٤- البيئة المهيئة للخبرات المتنوعة ، فالطفل يخبر العالم من خلال ما يقوم به من العاب ،ومن خلال ما يتناوله من لعب ، ويساعد كم ونوعية اللعب فى تنمية عالمه المعرفى ، كذلك تتزايد معارفه بما يمكن للبيئة أن تهيئة من خبرات طيبة كالكتب أو زيارة المتاحف ، كذلك تلعب الخبرات الاجتماعية دوراً فى تنمية عالمه الاجتماعى والانفعالى.

٥- البيئة التى تتيح الاتصال اللغوى السليم فمن خلال تبادل الحديث مع الآخرين تزداد حصيلة الطفل اللغوية ، كما يمكنه أن يمحص أفكاره، ويجرب مهاراته اللغوية وينقل مشاعره ويعبر عن اتجاهاته ، ويتأثر نمو الطفل بفرص الاتصال اللغوى بالكبار فى بيئته ، ونوعية هذا الاتصال ومضمونه ، ومدى وضوحه وتشكل البيئة التى يتميز فيها الاتصال بالغموض والتضارب ، بيئة منذرة بظهور المشكلات .

ويشير كازدين (Lazdin, 2000 : 289) إلى وجود بعض العوامل الواقية فى المرحلة الابتدائية ،ومنها :

- تعليم الطفل الواجبات الدينية لأن الدين خير وقاية للطفل فى الأزمات.
- التوافق الأسرى والزواجى كجو نفسى آمن للنمو السليم .
- إشعار الطفل بالاهتمام والاحترام والتقدير الإيجابى غير المشروط .
- تهيئة الطفل للدخول للمدرسة وإلحاقه بدار الحضانة حتى يتعود على الانفصال التدريجى عن الأسرة ولا يعيش خبرة الفقد والتى يترتب عليها مشاعر قلق الانفصال أو الاكتئاب.
- أن تتعاون الأسرة والمدرسة فى حل المشكلات التى يعانى منها الطفل قبل أن تتفاقم .
- أن يتسم المعلم بالصبر والعدل والمرونة وإشعار التلاميذ بقيمتهم وأهميتهم .
- تشترك الأسرة والمدرسة فى تدريب التلاميذ على الكفاية الاجتماعية Social Competence والضبط الذاتى Self- Control ومقاومة ضغوط الأقران Peer Pressures والعمل التعاونى ، ومهارات حل المشكلات Problem Solving وإدارة الحوار والتواصل .

أما *فيولا الببلاوى (٢٠٠١)* فترى أن دور الأسرة الوقائى لا بد أن يتضمن تحصين الأطفال فى مواجهة ضغوط العصر كما يلى:

١- ينبغى ان تلعب الأسرة دوراً فعالاً فى إعداد الطفل للتغير وفى توقع التغير ، فالمدى الزمنى للتغير الثقافى قصير جداً ، فتغيرات هامة قد تتلاحق بشكل متسارع إبان فترة وجيزة من الوقت ، وقد تقع تغيرات فى خلال عقد من الزمان أو أقل وتتطلب من الأسرة تغيراً فى وظائفها ومسؤولياتها . وإزاء حقيقة التغير هذه فى عصرنا ، فإن دور الأسرة فى نقل الثقافة إلى الطفل ينبغى أن يوجه بالدرجة الأولى إلى إعداد الطفل للتغير وتوقع التغير. أما إذا لم تستجب الأسرة لهذه التغيرات الحادثة فى ثقافة العصر واتخذت موقفاً مناهضاً أو دفاعياً ضد التغير وحاولت نقل هذا الاتجاه إلى الطفل ، فإن هذا الطفل قد ينمو ليعيش فى عالم من اللاواقع . ومثل هذه الأسر ليس بالقليل وأطفالها يدفعون غالبا ثمنا باهظا من سوء التوافق المستمر مع المجتمع .

٢- ينبغى أن يكون للأسرة دورها فى تدريب الطفل على حسن الاختيار والانتقاء إزاء ما يتعرض له من مثيرات متباينة فى المجتمع. فالتغيرات ليست كلها هامة وليست كلها مرغوبة ، ففيها الصالح وفيها الطالح . كما أن بعض

التغيرات قد يكون موقوتا بفترة قصيرة وسرعان ما تزول . ويستلزم ذلك من الأسرة تدريبا للطفل على التقييم والنقد لكل ما يخبره في عالمه المتغير . وإذا كانت الأسرة تعد الطفل للتغير ولتوقع التغير ، فإن عليها أيضاً أن تنمي فيه قدرته على مقاومة التغير في بعض الحالات على أساس من التقييم والنقد.

خامساً : مصادر الوقاية النفسية

هناك عدة مصادر للوقاية النفسية من الممكن أن تخفف من الآثار الناتجة عن تعرض الطفل لبعض الضغوط .وأهم المصادر النفسية والاجتماعية للوقاية النفسية للطفل هي ما يلي:

أ – خصائص الشخصية : مثل : الاستقلالية ، الفعالية الذاتية، تقدير الذات المرتفع ، الذكاء ، الأمل والتفاؤل ، الأمن النفسي ، المرونة وإمكانية استعادة التوافق .

ب- البيئة الأسرية المساندة : A Supportive Family Environment

مثل ترابط الأسرة وتماسكها ، وإدراك الطفل للدفء الوالدى ، والضوابط الوالديه المتسقة والمعقولة غير المتشددة ، وقلة المشاحنات والصراع داخل الأسرة .

جـ – وجود أنظمة (مجتمعية أو بيئية) للمساندة الاجتماعية :

وهذه الأنظمة تشجع وتحفز قدرة الطفل على مواجهة الضغوط وتخفف من حدة وقع هذه الضغوط عليه . *(Rutter, 1990 : 181-215)* .

وسوف نتناول في الجزء التالي أهم مصادر الوقاية النفسية المتمثلة في (١-تقدير الذات المرتفع ٢- الفعالية الذاتية ٣- إدراك الأمن النفسي من الوالدين ٤- القبول والمساندة الوالدية ٥- الأمل ٦- العلاقة الطيبة مع الأقران ٧- الخبرات المدرسية الإيجابية ٨- الذكاء ٩- مهارات حل المشكلات ١٠- التدين ١١- الصحة الجسمية..

١ – تقدير الذات المرتفع

تقدير الذات ، هو مفتاح الصحة النفسية للفرد ، وهو أحد أهم متغيرات الشخصية والتي تمثل وقاية أو حصانة في مواجهة الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية والنفسية للفرد ، فإدراك الفرد لقيمته الذاتية وكفايته لا يعتبر فقط أهم متغير في قدرة الفرد على المواجهة الناجحة للضغوط فحسب ، ولكنه يعتبر أهم متغير في حياة الفرد وشخصيته على الاطلاق *(Wills& Langner, 1980 , pp 159-188)*.

وإدراك الفرد لقيمته الذاتية هو أساس كل إنجازاته اللاحقة ، بل أنها أساس وجود الفرد ذاته ، فقيمة الفرد الذاتية ، والتي تتأتى من خلال علاقة تتسم بالدفء بين الطفل ووالديه هذه القيمة الذاتية تتسم بالثبات ، وتظل أساسا لنجاحه وطموحه وإنجازاته بل أن

قيمة الذات مهمة لوجود الفرد وبقائه ، ومن يفتقر هذه القيمة لا يستطيع مواجهة أخطار وتحديات وجوده *(Mack, 1983 , pp 1-12)*

وأكدت ممدوحة سلامة (١٩٩١) على أن الثقة بالنفس والتقدير الإيجابي للذات والذي ينطوي على الإحساس بالقيمة الذاتية والكفاية والقدرة على التغلب على المشكلات والمواجهة الناجحة والفعالة ، تعتبر مصادر نفسية واقية في مواجهة الإحباطات وضغوط الحياة وتساعد على استعادة التكيف والاستمرار في مواجهة الضغوط والنكسات ، فاستعادة الاعتقاد في الذات وفاعليتها هو ما يعيننا عند مواجهة مصاعب الحياة .

(ممدوحة سلامة ١٩٩١ :٤٥٧ - ٤٩٦)

ويرى جيفلبر *(Givelber 1983 : 163)* أن الرعاية والحساسية والقبول من الوالدين للطفل ، وكذلك قدرة الوالدين على فهم مشاعر الطفل والاستجابة لرغباته ، والاهتمام بحاجاته واستحسان ما يفعله يجعل تقدير الطفل لذاته مرتفعا ، وبالإضافة إلى الرعاية والحساسية والقبول من الوالدين تجاه الطفل فإن هناك متغيرات أخرى تؤثر في طبيعة الوالدين ، وفي علاقة الوالدين بالطفل مثل الظروف التي تسبق الميلاد فالظروف الاقتصادية والاجتماعية للأسرة ، ومعنى الطفل بالنسبة للأسرة والحالة الصحية للأب والأم وشكل العلاقة بين الأب والأم، وتاريخ الوالدين في التقدير والحب كأطفال وشعور الوالدين بالكفاية ، حيث إنه إذا لم يخبر الوالدين الحب فلن يستطيعوا أن يعطوا حباً لأبنائهم ، كما أن الوالد المكتئب لن يجعل تقدير إبنه لذاته مرتفعا ، بينما الحب والرعاية والقبول من الوالدين تجعل الطفل لديه مشاعر ثقة مبنية على شعور حقيقي بالكفاية والاقتدار الداخلي Internal Capability وإحساس عميق بالقيمة .

أما كوبرسميث *Coopersmith 1981* فيعرف تقدير الذات على أنه "تقييم الفرد لقيمه الذاتية والتي يتم التعبير عنها من خلال اتجاهاته نحو ذاته ، ويضيف كوبر سميث أن تقييم الفرد لقيمته الذاتية يشمل تقييمه لاقتداره وأهميته ونجاحه. كما أكد كوبر سميث على أن تقييم الفرد لذاته عملية مستمرة تشمل تقييم الفرد لأدائه وقدراته ومستوياته وقيمه وقراراته .

وقد قام كوبرسميث *Cooper Smith, 1965* بدراسة ممتدة ومكثفة على عينة من الأطفال مستهدفاً فحص العلاقة بين متغيرات الوالدين وتقدير الذات، وانتهى كوبر سميث من كتاباته ودراساته إلى أن جذور تقدير الذات تكمن في عاملين رئيسيين ، هما :

١- مدى الاهتمام والقبول والاحترام الذى يلقاه الفرد من ذوى الأهمية في حياته ، ويختلفون من مرحلة إلى مرحلة أخرى من مراحل الحياة، فقد يكون الوالدان ، رفاق المرحلة بين ذوى المكانة والتميز أو الأصدقاء.

٢- تاريخ الفرد في النجاح ، بما في ذلك الأسس الموضوعية لهذا النجاح أو الفشل .*(ممدوحة سلامة ١٩٩١ ، ٦٧٩ - ٧٠٢)* .

وقد أعطى سميث اهتماما كبيرا لنمط الرعاية القائمة بين الطفل ووالديه ، وعلاقته بتقديرهم لذواتهم حيث أكد سميث على ما يلى :

١- أن الحب والقبول والاهتمام والتقدير والتدعيم وقت الأزمات من قبل الاب والأم والأشخاص ذوى الأهمية فى حياة الطفل يجعل الطفل يشعر بالأهمية والقيمة والاستقلالية والإنجاز والفعالية والتمكن لا سيما إذا كان الوالدين يشجعان فعاليةالطفل ، بينما إدراك الرفض والإهمال وعدم الاستحسان والبرود واللامبالاة تجاه حاجات الطفل تجعله يشعر بانخفاض تقدير الذات وتجعله أكثر توجسا وعجزاً وقلقاً .*(Cooper Smith 1981 , pp 6- 60)*

٢- كما يرى كوبر سميث أنه رغم أن القبول شرط هام لارتفاع تقدير الذات، إلا أنه بمفرده ليس شرطا كافياً ، حيث إن هناك متغيرات أخرى في أنماط التفاعل بين الطفل ووالديه، وأهمها الديمقراطية والاستقلالية وهما يتحققان بما يلى :

أ) قبول الطفل كطفل واحترام حقوقه بما يتناسب مع نضجه .

ب) السماح له بالتعبير الحر عن آرائه ، والمشاركة فى صنع القرارات ، واحترام تفرده ، واحترام رغبته فى أن يعطى صوته فى التخطيط وفى صنع القرارات بما يتناسب مع سنه ونضجه وهذا يجعل الطفل أكثر ثقة وكفاية ، وتوكيدية واستقلالية .

جـ) تشجيع الطفل على الاستقلالية بإعطائه فرص كى يجرب إمكاناته وقدراته بحيث تكون الأنشطة التى يمارسها آمنة وواقعية ومناسبة لسنه، ولا تعرضه للأخطار مما يجعل الطفل أكثر ثقة ومبادأة وتوكيدية .

(Cooper Smith , 1981 :165-211) .

ومن أهم استنتاجات سميث من خلال دراساته على الأطفال والبالغين أن النجاح له عدة محكات ، منها :

١- القوة : وهى القدرة على التأثير والتحكم فى الآخرين .
٢- التميز والأهمية : وهى درجة انتباه الأخرين له ، واهتمامهم به ، وقبولهم له وتعاطفهم معه .
٣- الفضيلة : وهى درجة تمسكه بقيم معينة سواء كانت عقلية أو أخلاقية.
٤- الكفاية : وهى درجة نجاح الفرد وإنجازاته فى مواجهة متطلباته.

(Maccoby , 1980 , 271-273).

ويلخص سميث خصائص آباء الأطفال ذوى تقدير الذات المرتفع كما يلى:

١- لا بد ان يتسم الوالدان ذاتهم بتقدير ذات عال ، فيشعرون بالقيمة والحب والاحترام والثقة ، وهنا يتفق سميث مع *روونر Rohner ,1975: 39-58* فى أن من يخبر الرفض لن يستطيع أن يعطى الحب فالراشدون الذين سبقوا أن أدركوا الرفض من قبل والديهم فى مرحلة الطفولة ، يعانون من فقدان المحبة ، ولا يستطيعون أن يقدموا المحبة التى فقدوها إلى أبنائهم ، وهكذا تستمر دورة الرفض.
٢- وبالإضافة إلى إدراك الاباء لقيمتهم الذاتية ، فهناك شرط آخر ، وهو مدى قدرة الاباء على إعطاء أبنائهم القبول والحب وكذلك الاهتمام بميول الطفل ورغباته واصدقائه ومشكلاته حتى غير المهمة منها.
٣- يضع الاباء لأبنائهم مستويات وتوقعات عالية ويضعون قواعد ومستويات للضبط ويضعون حدوداً واضحة ومتسقة ، وقيود تحدد لهم ما الذى يمكنهم أن يفعلوه، وما لا يمكنهم أن يفعلوه .
٤- مع الحدود والقواعد التى يضعها آباء الأطفال ذوى تقدير الذات المرتفع فإنهم يتسمون أيضاً بالديمقراطية، أى ينخفض لديهم التحكم السيكولوجى ، ويعطون أبناءهم حرية التعبير عن الرأى، ويسمعون لوجهات نظرهم ويسمحون لهم بالمشاركة فى صنع بعض القرارات الأسرية.
٥- كما يتسم آباء الابناء ذوى تقدير الذات المرتفع بأنهم أقل فى العقاب البدنى،وأنهم يعاقبون أبنائهم بالإنكار والتجاهل ، ويميلون إلى المناقشة مع أبنائهم فى أسباب سلوكهم وعقابهم.
(Maccoby,,1980, pp 244-281)

وأخيرا يرى ميرك *Murk, 1999* أن الوالديه الجيدة الكافية Good Enough Parenting تسهم فى رفع الشعور بالقيمة لدى الابناء من خلال :

١- احترام الطفل واعطاء الحب غير المشروط وقبوله كانسان فى سبيله للتطور والصيروره.

٢- الاندماج فى أنشطة الابناء ومتابعتهم ومعرفة طريقة تفكيرهم وتصويب الأفكار والمعتقدات غير الصحيحة وغير العقلانية وكذلك جوانب التشويه المعرفى المتعلقة بالذات والآخرين والمستقبل .

٣- تشجيع الابناء على استكشاف البيئة وعلى المثابرة والتحدى واستكمال المهام التى يقومون بها إلى النهاية.

٤- التوقعات الوالديه الواضحة والواقعية والتى يمكن تحقيقها وتشجيع الابناء على تحقيق هذه التوقعات .

٥- تعليم الابناء الإجادة والإتقان أو أداء مهامهم وليس فقط مجرد تأدية الواجبات المطلوبة.

٦- تعليم الابناء تحمل الإحباطات والضغوط ومواجهتها.

٧- التدريب التوكيدى للأبناء على معرفة حقوقهم والمطالبة بها وعدم تحمل عدوان أحد عليهم بدون وجه حق .

٨- أن يكون الاباء قدوة للأبناء فى الشعور بالقيمة والنجاح والتحدى .

٩- تعليم الابناء مهارات حل المشكلات من حيث التخطيط لحل المشكلة ومتابعة حلها إلى النهاية.

٢- الفعالية الذاتية Self - Efficacy

هى اعتقاد الطفل فى كفايته Competence واقتداره Capability وتمكنه Mastery وقيمته الذاتية ، مما يعطيه الشعور بالثقة بالنفس والقدرة على التغلب على مشكلاته والتحكم فى أمور حياته ، وتصبح الفعالية الذاتية فى نفس الوقت مؤشراً لقدرة الفرد على مواجهة الأحداث الضاغطة بكفاية واقتدار وثقة وتمكن، والوظيفة الأساسية للفعالية الذاتية هى تمكين الفرد من التحكم والتنبؤ بأحداث حياته. *(Bandura, 1982 , pp 122-147)*

ويشير *باندورا (Bandura, 1982)* إلى أن معتقدات الناس حول فعالية الذات هى التى تحدد دافعيتهم ، وتنعكس على المجهودات التى يبذلونها ، والمدة التى يصمدون

فيها في مواجهة المشكلات ، وكلما زادت ثقة الأفراد في كفاءة وفعالية الذات ،زادت مجهوداتهم وإصرارهم على تخطي يقابلهم من عقبات وصعاب.
(Bandura, 1982 , 127-147)

العوامل المؤثرة في نمو واستمرار فعالية الذات :

١- طبيعة العلاقة مع الوالدين:

تتوقف الفعالية الذاتية على طبيعة العلاقة بين الطفل والأشخاص الآخرين ذوى الأهمية السيكولوجية في بيئته خاصة الأم والاب، وكفاءة هذا التفاعل تتوقف على مدى شعور الابن بالقبول والحب والأحترام والتقدير والاستحسان والتقدير الإيجابي غير المشروط والمساندة الانفعالية عند حدوث الأزمات ، بالإضافة إلى تشجيع الوالدين لأبنائهم على المبادأة والاستكشاف ومتابعة ألعابهم والاهتمام باهتماماتهم والاستجابة لحاجاتهم ، والتواصل اللغوى معهم ، كل هذا يعطى الأبناء شعوراً بالفعالية الجسدية والاجتماعية واللغوية ويظهر ذلك في اللعب مع الآخرين، ومهارات حل المشكلات والتحصيل الدراسى
(Brooks, R, 1994)

٢- شعور الوالدين ذاتهما بالفعالية :

يعتبر شعور الوالدين بالفعالية أحد مصادر شعور أو إحساس الابناء بالفعالية، حيث إن الوالدين اللذين يشعران بالفعالية يعتبران نماذج سلوكية يقتدى بها الطفل في التعامل مع الأشياء ، كما أنهما يشعران بالأمن وعدم التهديد وبالتالي يعطيان إبنهما فرص لاستكشاف البيئة والتعامل معها ومع الألعاب والأشخاص المحيطين.

٣- خبرات النجاح Success Experiences

حيث إن خبرات النجاح تنتج عن شعور الفرد بالفعالية وفي نفس الوقت تزيد من شعور الفرد بالفعالية الذاتية ، حيث إن النجاح يعتبر دافعا لمزيد من النجاح، بينما الفشل وتكراره يؤديان إلى التقليل من الشعور بالفعالية الذاتية، وفي هذا يتفق باندورا مع كوبر سميث (Coopersmith, 1981) في أن خبرات النجاح يسبقها ويعقبها الشعور بالفعالية حيث أن الفعالية تزيد من توقع النجاح وتعطى الفرد دافعية ذاتية للتغلب على العقبات وتحقيق الأهداف، وعندما تتحقق الأهداف فإن الشعور بالتمكن والفعالية يزداد ، فالعلاقة بينهما علاقة دائرية ، حيث أن الاعتقاد في فعالية الذات يجعل الفرد يتوقع النجاح وعندما ينجح الفرد فإن هذا يزيد من فعاليته وهكذا ، وهذا ما يفسر استمرار التفوق لدى بعض الطلاب المتفوقين. بينما خبرات الرفض والإهمال تؤدى إلى الشعور بعدم القيمة وتوقع الفشل

وعدم الفعالية ومع تكرار الفشل يزداد الشعور بعدم الفعالية مما يترتب عليه زيادة توقع الفشل وهكذا. *(Cooper smith, 1981 , pp 36-85)*.

٤- معتقدات الفعالية الذاتية **Self-Efficacy Beliefs**

اعتقاد الفرد في فاعليته يجعله يتوقع النجاح في المهام التي يقوم بها. ونجاح الفرد يزيد من اعتقاده في فاعليته وتوقعه للنجاح في المرات القادمة ،وهكذا، فالعلاقة متبادلة بين الاعتقاد في الفعالية وبين اداء المهام ، بينما الاعتقاد في عدم الفعالية يجعل الفرد يتوقع الفشل ، ويشعر بالتهديد الشخصي عند إسناد إية مهمة إليه، مما قد يؤثر على أدائه ويقلل من نتائجه الجيدة مهما بذل من مجهود ، لأن لديه اعتقاد دائم بأنه سوف يفشل مما قد يجعله يفشل فعلاً، ويقع في دائرة ما بين الاعتقاد في الفشل وتوقعه وما بين الفشل الحقيقي.

من هنا يبرز دور وأهمية المتغيرات المعرفية وعلاقتها بالفعالية الذاتية فالإدراك والتوقع والتقليد والتذكر والتحليل والاستنتاج كلها متغيرات معرفية يظهر اثرها قبل واثناء وبعد انجاز أية مهمة يقوم بها الفرد . *(Prinz & Miller, 1996 , pp . 166-167)*

٥- خبرات التعلم بالعبرة :

يقصد بالتعلم بالعبرة Vicarious أنه ليس شرطا أن يمر الفرد بخبرة معينة حتى يتعلم ولكن يكفي رؤية نموذج يتقن أداء مهمة معينة حتى يستطيع الفرد أن يتقنها بفعالية وتمكن ، وبذلك فالفعالية الذاتية قد ترتفع وذلك عند رؤية الفرد لنماذج Models من البشر يقومون بأداء المهام بنجاح وفعالية وتمكن. **(Brooks, 1994: 545-553)**

متغيرات أخرى :

توجد متغيرات أخرى قد تسهم في نمو واستمرار فعالية الذات ، منها :

١ - الدخل المرتفع :

حيث إن الدخل المرتفع للأسرة يجعلها توفر لابنائها مزيدا من اللعب ومزيدا من الفرص لاستكشاف البيئة ، بينما الدخل المنخفض للأسرة يقلل من الشعور بالقيمة والفعالية خاصة مع عدم قدرة الأسرة على توفير الاحتياجات الرئيسية للأبناء ومقارنته لدخل اسرته مع دخل أسر زملائه.

٢- الصحة الجسمية :

حيث إن الصحة الجسمية والخلو من العيوب الجسمية يزيد من الفعالية.

٣- إدراك الأمن النفسي من الوالدين

ويقصد به " إدراك الطفل بأنه محبوب ومقبول من قبل الآخرين وندرة شعوره بالخطر والتهديد ، وإدراكه ان الآخرين ذوى الأهمية الفسية فى حياته (خاصة الوالدين) مستجيبون لحاجاته ومتواجدون معه بدنيا ونفسيا، لرعايته وحمايته ومساندته عند الأزمات"
(Kerns et al.,2001;96-81)

والأمن النفسي مطلب اساسي للحياة : نفسي واجتماعي واقتصادى ودينى وهو من أهم الأهداف التى تسعى الأفراد والمجتمعات والحكومات إلى تحقيقها ، وقد جعل الرسول – صلى الله عليه وسلم – الأمن النفسي من مقومات السعادة فى الدنيا حيث يقول "من بات معافاً فى بدنه آمناً فى سربه عنده قوت يومه ، فقد حاز الدنيا وما فيها ".

وأشار الكثير من المنظرين إلى أهمية الدور الوالدى فى تشكيل السلامة النفسية أو المرض النفسى للطفل ، وأوضحوا أن نوعية العلاقة مع الأشخاص ذوى الأهمية النفسية لديه هى التى تحدد خصائصه النفسية ، وذلك وفقا لما يدركه من أمن نفسى واهتمام واحترام وضوابط من الوالدين . وفى هذا الإطار يشير ماسلو(Maslow, 1970:39-43) إلى أن إشباع حاجات الأمن Safety needs يلى فى الأهمية إشباع الحاجات الفسيولوجية (الطعام – الشراب .. الخ) وأنه إذا لم يتم إشباع الحاجة إلى الأمن ، فإن الفرد يشعر بالتهديد ، ولا يستطيع أن يحقق ذاته ، وقد اشار ماسلو إلى أن للأمن النفسي حاجات ، ومن أهمها :

- **الحاجة إلى الطمأنينة :** وهى حاجة الفرد إلى الحماية من الخطر والتهديد والمعاناة الاقتصادية.
- **الحاجة إلى النظام :** وهى الحاجة إلى ضوابط واضحة ومتسقة وقواعد للسلوك والعلاقات ، وكذلك وضع الأشياء فى ترتيب ونظام ونظافة ، وكذلك الحاجة إلى القانون .
- **الحاجة إلى الاستقرار :** وهى توفير جو أسرى آمن وهادئ، والحماية من الشقاق الأسرى والانفصال والطلاق .
- **الحاجة إلى الاستقلالية :** أى إعطاء الفرد فرصة لاتخاذ القرارات وتحمل المسئولية والشعور بالثقة .
- **الحاجة إلى التخفيف من الألم الجسمي والنفسى:** والهروب من المواقف الخطرة وتجنب الاعتداء الجسمي والجنسى وتجنب الذل والسخرية من الآخرين.

وقد اشار ماسلو إلى أهمية الشعور بالأمن النفسى فى عالم غير أمن يتسم بالحروب والكوارث وعدم الاستقرار السياسى والصعوبات الاقتصادية والبطالة وعدم إمكانية التنبؤ بالمستقبل ، مما يجعل الطفل يشعر بالقلق والعجز واليأس.

وترى *الينور ماكوبى* *(Maccoby, 1980 : 281-282)* أن الشعور بالأمن النفسى ينتج عن قدرة الاباء على اعطاء ابنائهم التقبل والحب والاهتمام بميولهم ومشكلاتهم ن ووضع ضوابط وحدود معقولة وواضحة ومتسقة لهم ، واعطائهم حرية التعبير عن الرأى والاستماع لوجهات نظرهم ، والسماح لهم بالمشاركة فى صنع بعض القرارات الأسرية .

ويرى *رونر* *(Rohner 1975: 79-82)* أن شعور الابناء بالأمن النفسى يرتبط بشعور الاباء ذواتهم بالأمن النفسى ، فالراشدون الذين سبق أن أدركوا الرفض من قبل والديهم فى مرحلة الطفولة يعانون من فقدان المحبة ، ولا يستطيعون أن يقدموا المحبة التى فقدوها إلى أبنائهم ، فيشعر الطفل بأنه غير محبوب Unloved وغير مرغوب فيه Unwanted أو مهمل من قبل الآخرين Neglected مما يؤدى إلى شعوره بعدم الأمن والعجز Helplessness وانخفاض تقدير الذات والشعور بعدم الكفاية وعدم القدرة على المواجهة واليأس

ويعتبر *مايكل راتر* *(Rutter , 1990 :181-214)* أن العلاقة الآمنة التى يسودها الدفء والحب بين الطفل ووالديه تمثل عاملا واقياً Protective Factor للفرد يؤدى إلى شعوره بالكفاية والثقة والقدرة على المواجهة والتحدى ، بينما عدم وجود علاقة حميمة يمكن الوثوق بها يمثل مفتاحا للتنبؤ بالقلق والاكتئاب واضطرابات الشخصية، ويرى راتر كذلك ان الشعور بعدم الأمن النفسى ناتج عن تعرض الطفل للإساءة النفسية والانفعالية من رفضه وتهديده بسحب الحب ومقارنته بأقرانه ، وتجاهله مما يؤدى إلى شعوره بعدم الأمن والتقليل من حريته وتلقائيته فى استكشاف العالم ، ويعوق إمكاناته للتعلم وفرصة للنمو السليم.

ويشير *بولبى* *(Bowbly, 1988: 121)* إلى أن الوالديه الناجحة Successful Parenting هى مفتاح الصحة النفسية للأبناء ، والوالديه الناجحة تتمثل فى علاقة آمنة Secure Relationship قائمة على التواجد البدنى والنفسى أو الانفعالى للوالدين Parental physical and emotional availability المتمثل فى إشباع حاجات الطفل الأساسية ،وإشعاره بالحب والاهتمام والرعاية والحماية ، واللعب معه، وفرض ضوابط معقولة عليه يجعل الطفل يكون رابطة تعلق آمنة Secure attachment bond ويتكون لديه الشعور

بالثقة في ذاته وفي كفاءة الرعاية الوالديه خاصة الأمومية The quality of maternal care مما يتيح للطفل المبادأة واستكشاف البيئة ،وتصبح الأم قاعدة أمن يعود إليها بعد استكشاف البيئة ، كما تصبح – أيضاً – مصدرا للاطمئنان والراحة في موقف التوتر والمحنة . (Bowlby, 1988 : 121)

ويفسر بولبى *(Bowlby, 1980: 229)* الشعور بالأمن النفسي معرفيا ، حيث يشير إلى أن كل موقف نقابله أو نتعرض له في حياتنا يفسر تحت ما يُطلق عليها النماذج التصورية أو المعرفية Representational or Cognitive Models وهذه النماذج تشكل صيغة Schema نستقبل بها المعلومات الواردة إلينا من البيئة المحيطة عبر أعضاء الحس ، كما تحدد تصوراتنا عن أنفسنا والعالم والآخرين . وهذه النماذج هي تكوين منظم Organizational Construct يتكون من خلال التفاعل مع الوالدين والآخرين ، وتعمل بطريقة تلقائية لا شعورية ،ويتم إدماج كل خبرة جديدة فيها، وتعمل هذه النماذج كقواعد Rules للسلوك وتنظيم الذات والعلاقات الاجتماعية والانفعالات ،كما أنها تحدد وتنظم الاستراتيجيات المختلفة لمواجهة الضغوط والمواقف المختلفة ، فإذا كان النماذج المعرفية إيجابية فإنها تجعل نظرة الطفل لذاته وللآخرين وللمستقبل إيجابية ، فالطفل الذى يدرك استجابة الوالدين لحاجاته وتقديرهما وحبهما له وعدم تحكمهما فيه كثيرا ، يكون لديه نموذج تصورى عن ذاته أنه محبوب وذو قيمة Valuable ويستحق الرعاية Worth of care والثقة Trustworthy ، أما الطفل الذى لا يستجيب الوالدين لحاجاته يدرك أنهم لا يحبونه ولا يمكنه الوثوق فيهم ، وتمتد هذه النظرة إلى المستقبل فيشعر بفقدان الأمل والتشاؤم . *(Veschueren et al., 1996:2493-2511)*

٤- القبول والمساندة الوالديه

المساندة الوالديه هي السلوك الواضح من قبل الوالدين والذى من شأنه أن يجعل الطفل يشعر بالراحة في وجودهما ويتيقن بشكل أساسي أنه ينال قبولهما واستحسانهما والوالدان هما أهم سند اجتماعي وانفعالي للطفل وأهم أنواع المساندة الوالديه للأطفال هي :

١) المساندة المادية عن طريق توفير الحاجات الأساسية للطفل وعدم شعوره بالنقص (نتيجة لعدم توافر مصروف يومي مثلاً) وتوفير الملابس المناسبة والمأكل المناسب والمسكن المناسب وتوفير التعليم .

٢) المساندة بالمعلومات ، ويطلق عليها المساندة المعرفية عن طريق متابعة الأمور الأكاديمية للطفل ومساعدته في التغلب على بعض العقبات الدراسية ، وتنميته معرفيا وتعليمه سلوك حل المشكلات .

٣) المساندة الانفعالية ، ويطلق عليها أحيانا القبول الوالدى .

ويمكن تعريف القبول الوالدى على أنه ذلك الدفء والمحبة والحب الذى يمكن للأباء أن يمنحونه لأطفالهم ، وقد يعبر عنه ماديا أو لفظيا في أشكال السلوك.

- التعبير المادى : ويتمثل في العناق ، والتدليل ،والملاحظة ، والمداعبة، ونظرات الاستحسان ،والتقبل والابتسام وغيرها من أشارات التأييد.
- التعبير اللفظي: ويتمثل في عبارات الثناء والمجاملة بالقول ،وحسن الحديث إليه وعنه والفخر باعماله *(Rohner, 1986:19)*

ويشير رونر *(Rohner, 1975: 42)* إلى أن الفرد الذى تكونت لديه خبرات خاصة بإدراك الحب والدفء في الطفولة يكون أكثر تلقائية وتعبيراً عن مشاعره، وأكثر قدرة على التعاطف والاهتمام بالآخرين،وهو يستطيع أن يعطى الحب لأنه محبوب ويستطيع ان يتلقى الحب لأنه محبوب ، بينما الذى حرم من خبرات الدفء الوالدى لا يستطيع أن يعطيها للآخرين. ويشير كذلك إلى أن تقبل وحب الوالدين للأبناء قيمة تمتد آثارها إلى المجتمع والمستقبل ، فالمجتمع الذى يسوده الاضطراب هو مجتمع لم ينجح في حب واحتواء وتقبل وتفهم أبنائه وتلبية حاجاتهم ، مما يقلل من قدرتهم على تحقيق ذواتهم ويحرم المجتمع من جزء هام من طاقته . ولا ينبغي من العرض السابق عن دور الحب والقبول الوالدى في نشأة واستمرار الصحة النفسية للأبناء أن يُفهم أن القبول الوالدى للأبناء هو قبول مطلق بدون ضوابط ، ولكن تشير الدراسات إلى أهمية الضوابط مع الدفء الوالدى في شعور الأبناء بالثقة والكفاية، فعلى سبيل المثال ترى باومرند *(Baumrind, 1991: 56)* أن السلوك الوالدى المتمثل في فرض الوالدين لضوابط واقعية ومتسقة وواضحة ومحددة على الأبناء وقدرتهم على وضع هذه الضوابط موضع التنفيذ ، وكذلك مناقشة الأبناء والاستمتاع إليهم ومنحهم قدرا معقولا من الحب والحرية والمساندة الانفعالية يجعل الأبناء أكثر شعورا بالثقة والكفاية ، بينما النمط التسلطىAutboritarian القائم على معايير مطلقة وجامدة ومتشددة مثل الطاعة واحترام السلطة دون مناقشة يرتبط بارتفاع المشكلات السلوكية وتوقع الجناح والإدمان لدى الأبناء بغض النظر عن النوع.

وقد أشار *عماد مخيمر(١٩٩٦)* إلى أن القبول الوالدى له تأثير مباشر وآخر غير مباشر فى الوقاية النفسية للأبناء ، حيث يتمثل التأثير المباشر فى إدراك الابناء أنهم محبوبين من الاباء مما يشعرهم بالقيمة والثقة.والتأثير غير المباشر من خلال تقوية المصادر النفسية (مركز التحكم الداخلى – الصلابة النفسية ..الخ) والتى تساعد الفرد فى مواجهة الأزمات والمشكلات وفى النجاح فى حياته .

٥- الأمل

يقع الأمل Hope فى قلب علم النفس الإيجابى ويعتبر من أهم العوامل الواقية من الآثار السلبية للضغوط ، وعلى العكس فإن اليأس Hopelessness أو نقص الأمل يُعد عامل خطورة يمهد للإصابة بالاكتئاب والانتحار بل والاضطرابات العقلية . والأمل هو " توقع موثوق به لدى الفرد من أن رغبة ما سوف تتحقق وهو كذلك " حالة دافعية موجبة تعتمد على شعور بالنجاح ، وطاقة موجهة نحو الهدف ، وتخطيط لتحقيق هذا الهدف"*(أحمد عبد الخالق ٢٠٠٤: ١٨٣-١٩٣)* . والأمل بهذا يعمل كعامل ميسر للنجاح Facilitate success خلال تحقيق الأهداف التى تتطلب المثابرة وكذلك عندما يواجه الفرد العقبات والصعوبات.

وتتمثل الآثار الإيجابية للأمل لدى الأطفال فيما يلى: (زيادة التوافق النفسى . زيادة الاعتقاد بالكفاية الشخصية والقبول الاجتماعى . الاعتقاد فى التحكم الداخلى. زيادة القدرة على الإنجاز والنجاح ، الاستثمار الأقصى للذكاء والقدرات، التفكير المستمر فى النجاح والجوانب الإيجابية من المواقف. زيادة القدرة على حل المشكلات ، القدرة على المنافسة والاستمرار، القدرة على المثابرة وتحمل الألم والإحباط حتى الوصول إلى تحقيق الأهداف، تقدير الذات الإيجابى، سرعة الشفاء من الأمراض الجسمية،الوجدان المستقر والقائم على التفاؤل. (Snyder et al., 1999 : 205-222)

كيف ينشأ الأمل لدى الأطفال ؟ ينشأ الأمل من خلال عدة متغيرات ، أهمها :

(١) التعلق الآمن حيث أن رابطة التعلق الآمنة تجعل لدى الطفل نماذج تصورية إيجابية عن ذاته أنه كفء ، كما يتفاءل بشأن المستقبل ، فالطفل الأمن عندما تغيب عنه الأم يكون لديه الأمل فى عودتها ، وعندما يذهب للحضانة يتحمل بعده عن الأم ، أو إبتعاد الأم عنه ، وعندما يكون لديه واجبات كثيرة يكون لديه الأمل فى إنهائها ، وعندما يكون لديه اختبار تتزايد توقعات النجاح والتفوق لديه ، وعندما يواجه مشكلة يكون لديه اعتقاد

في قدرته على التغلب عليها فهو وفقاً لاريكسون لديه الثقة الأساسية Basic Trust في ذاته وفي الآخرين وفي المستقبل، وهذه الثقة هي بذرة الأمل.

(٢) الضوابط المتسقة والواقعية مع اعطاء الأبناء فرصة للاستقلالية واتخاذ القرارات بحرية ، واحترام آراء الأبناء وعندما يكبر الأبناء تكون لديهم معايير مستدخلة عن الاتقان والامل في النجاح ، وتكون لديهم ضوابط ذاتية ولا يحتاجون إلى ضبط خارجي.

(٣) وجود نماذج والديه لديها تفكير ايجابي مشبع بالأمل وليس آباء يتحدثون دائما عن الفشل والإحباط والظروف السيئة وعدم القدرة على تغيير الظروف أو الواقع .

(Synder 1994 , 205-209)

بالإضافة إلى ما سبق فيمكن للآباء أن يزيدوا من شعور الأبناء بالأمل من خلال : (تعليمهم التركيز على جوانب القوة والنجاح وليس الضعف والفشل . التأكيد على العقبات التي يواجهونها في طريقهم هي جزء من طبيعة الحياة وهي متوقعة لكل البشر. ن يحكي لهم الوالد عن العقبات التي واجهها في طفولته وتغلب عليها . أن يعلمهم أن المثابرة والتحدي هي الطريق لتحقيق الأهداف والتغلب على الفشل . أن يذكرهم بأنهم نجحوا في التغلب على الصعوبات في الماضي بقصد التغلب على مثلها في الحاضر والمستقبل. أن يعلمهم كيف يأخذون فترات راحة ويعاودون العمل لحل المشكلات).

ويرى *شنايدر (Synder 1991)* أن موت الأمل The death of hope يأتي من ظروف أسرية غير ملائمة للطفل مثل : إهمال الطفل -الإساءة الجسمية والجنسية له، وكذلك تعطل الأب عن العمل والفقر الشديد والضوابط الوالديه المتشددة والتوقعات الوالديه المبالغ فيها. كذلك فإن هناك ظروفاً أسرية تجعل الطفل يتوقع الشر دائما ويتوجس من المستقبل ، مثل الوفاة المفاجئة للوالد المحبوب ، وزيادة الخلافات بين الوالدين ، طلاق الوالدين، إدمان أحد الوالدين ، المرض العقلي أو النفسي للوالدين،الشعور بالدونية نتيجة للتفرقة العنصرية على أساس الجنس أو اللون أو الدين.

٦- العلاقة الطيبة مع الأقران

جماعة الأقران هي تلك الجماعة التي تتكون من مجموعة من الأفراد المتقاربين في السن أو المستوى الدراسي، أو في السكن، أو الميول والاتجاهات وغيرها ، ويربط بينهم مجموعة من الروابط العاطفية والاجتماعية، وهذه الجماعة ينظمها وتقاليدها تمثل أحد الأطر المرجعية للطفل والمراهق (علاء الدين كفافي،١٩٩٨: ١٥٤) .

ويعبر قبول الأقران عن إدراك الفرد أن أقرانه يتقبلونه ويهتمون به ويقدرونه ، ويرغبون في إنتمائه إليهم ، بينما يعبر رفض الأقران عن إدراك الفرد أن أقرانه لا يتقبلونه ولا يهتمون به ولا يقدرونه ،ولا يرغبون في إنتمائه إليهم(Kerns et al., 1996 : 457-466).

وإذا نظرنا إلى الجماعات التي يتعامل معها الطفل فنجد أن جماعات الأقران – إضافة إلى الأسرة تمثل أهم هذه الجماعات لأنها تؤدى دوراً مهما في التوافق النفسي والاجتماعي للفرد في كل مراحل الحياة وخاصة في الطفولة والمراهقة ، فهي مصدر للصحبة والنصيحة والترفيه والمساعدة عند الأزمات ، كما أن شعور الطفل والمراهق بأنهما مرفوضان من جماعة الأقران يترتب عليه الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب والاغتراب وإنخفاض قيمة الذات.

تطور الاهتمام بالاقران لدى الطفل والمراهق :

خلال السنوات الثلاث الاولى من الحياة لا يؤدى الأقران دوراً مهما في حياة الطفل ، وإنما الدور المهم يكون للأسرة التي تهيئ الطفل لإقامة علاقات اجتماعية وإنفعالية فيما بعد ، وذلك من خلال العلاقة الآمنة التي يسودها الدفء والحب والاحترام ، مما يؤدى إلى شعور الطفل بالثقة والكفاية ويزيد من مهاراته الاجتماعية التي تمكنه من اقامة علاقات مع الآخرين خارج الأسرة . (Rutter , 1990 : 181-214)

وفي سن الرابعة حتى الثامنة ، أي منذ بدء التحاق الطفل بالحضانة والمدرسة يشعر الطفل برغبة في اللعب مع رفيق له وتتميز الاهتمامات الاجتماعية للأطفال في هذه المرحلة بالتمركز حول الذات ،ولذا يغلب على هذه المرحلة طابع المنافسة مع الرفاق ،وتبدأ الصداقة الحقيقية في مرحلتي الطفولة المتاخرة والمراهقة. *(محمد بيومي حسن ١٩٩٠ : ٨٩٢)*

دور الأقران في تيسير النمو والوقاية النفسية للأطفال :

قبول الأقران Peer- Acceptance للطفل هو أحد العوامل الهامة المعدلة أو المخففة من الوقع السيئ لخبرات الإساءة الوالدية على الطفل ، كما أنها تزيد من المهارات الاجتماعية للطفل ، ومن قدرته على مواجهة الضغوط والازمات .
(Bolger et al., 1998 : 1171-1197)

والقدرة على إقامة علاقة مع الأقران هي علامة على الصحة النفسية للطفل، كما أن جماعة الأقران ليست لقضاء وقت ممتع ، أو لتبادل الحديث ، ولكنها ضرورة للنمو الصحي من النواحي الانفعالية والاجتماعية والمعرفية ، بل لكل جوانب الشخصية ، ويتفق

الباحثان مع ما سبق أن اشار إليه بياجيه Piagetميد Mead وسوليفان Sullivan من أن العلاقة مع الأقران تشغل مكانا مركزيا في تسهيل جميع جوانب نمو الطفل (الجسمية والعقلية الانفعالية واللغوية والاجتماعية ونمو الدور الجنسي). (Parker & Asher, 1995 : 381-445)

ويمكن تلخيص إسهامات جماعات الأقران في التنشئة الاجتماعية للطفل وفي الوقاية النفسية له كما يلي :

- إشباع حاجته إلى الانتماء إلى جماعة يجمعها التجانس في الخبرات والتشابه في المرحلة العمريه والأفكار والقيم والمعايير .
- تعليمه الضبط الانفعالي ، وتقبل إختلاف الآخرين عنه .
- إتاحة الفرصة له لإظهار قدراته وإمكاناته ومواهبه.
- إشعاره بالأمن والدفء من خلال مصاحبته لأفراد يعايشون مشكلة نفسها ، ويشاركونه مشاعره ، ويسلكون على شاكلته في الملبس والمظهر.
- تزويده بما يطلق عليه " هوية الجماعة " وإشعاره بأنه عضو في جماعة تقدره ، ويتوفر فيها الإحساس بالنحن We-feeling.
- إشعاره بالمساواة ، فلا توجد داخل جماعة الأقران رموز للسلطة ، فالكل متساو ومتشابه معه.
- مساعدته على ممارسة الأدوار ، وإكتساب الاتجاهات المناسبة ، التي قد لا تهيئها الأسرة أو المدرسة.
- مساعدته على قضاء وقت الفراغ في أنشطة مسلية ومرحة وكذلك الذهاب في رحلات ترفيهية.
- تدريبه على التعاون والمشاركة الوجدانية ، وتقديم المساعدة للآخرين عند الحاجة.
- تقدم جماعة الأقران نماذج اجتماعية يتعلم منها الطفل أو المراهق الخبرات والمهارات والقيم وأشكال السلوك الإيجابي ومواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية.
- تمنح الجماعة الفرصة للطفل للتعبير عن آماله وحاجاته ورغباته ومشاعره الإيجابية والسلبية.

- المساندة الاجتماعية Social support والتي تشمل المساندة الانفعالية، والمعرفية ، والأدائية (أي المساعدة في أداء بعض المهام) سواء في وقت الأزمات والتوتر ، او لزيادة شعوره بالثقة .

(Miz & Ladd, stienberg, 1993:156)

خصائص الأطفال المقبولين والمرفوضين من أقرانهم :

حتى تحقق جماعة الأقران الاسهامات السابقة في التنشئة الاجتماعية فإن هذا يتوقف على مدى ما يدركه الطفل من قبول أو رفض من قبل أقرانه التي يود ان ينتمي إليها ، حيث أشارت *هلين بي (Bee, 1998: 420-423)* إلى أن الأطفال والمراهقين المقبولين من أقرانهم لهم مجموعة من السمات،تتمثل فيما يلي: (الود والمساندة والتعاطف والتعاون مع الآخرين ، الجاذبية الجسمية، قلة العدوان ،البساطة وعدم التعالي والقدرة على التوافق مع قيم الجماعة ومعاييرها. التفوق الدراسي والرياضي ، روح الدعابة او الفكاهة . النضج الانفعالي ، الذكاء ، القدرة على تفهم وجهة نظر الآخرين). أما الأطفال المرفوضين من أقرانهم ، فإنهم يتسمون ببعض الخصائص التي أشار إليها *لونير ومونرو Loner & Munroe 1996* ومن أهمها : الخجل،الانسحاب ، العدوان وعدم احترام معايير الجماعة وقواعدها ، عدم الجاذبية الشخصية ، نقد الآخرين وعدم مساعدتهم او الاهتمام بهم ، عدم النضج الانفعالي ، والتعالي على الآخرين والسخرية منهم وعدم احترامهم . وإذا كان قبول الأقران يعد عامل وقاية Protective Factor يزيد من شعور الطفل والكفاية الاجتماعية ويساعده على مواجهة الضغوط ، بل ويساعده في التغلب على الآثار السلبية المترتبة على المعاملة الوالديه السيئة في الطفولة ، فإن رفض الأقران ، أو عدم وجود صداقات في حياة المراهق يعد عامل خطورة Risk Factor ينبئ بمجموعة من الأعراض النفسية، منها الوحدة النفسية والاكتئاب والقلق الاجتماعي ، والفشل الدراسي ، وزيادة العدوانية والجناح.
(Parker & Asher, 1995 ; 381-345)

والمرفوضون من أقرانهم خبراتهم الاجتماعية محدودة ، ولهم تاريخ نفسي طويل من الانسحاب والقلق والخجل والتوجس من الآخرين ، ولذلك فهم يكونون صيغة سلبية تجاه الذات ، فيشعرون بعدم الثقة وعدم الكفاية ، وتجاه الآخرين فيرون انهم غير مهتمين بهم ، أو لا يمكنهم الوثوق بهم، وتجاه المستقبل ، حيث يعتقدون أن العلاقات لن تتحسن في المستقبل. **(Bagwell et al., 1998 : 140-153)**

٧ – الخبرات المدرسية الإيجابية

تعد الخبرات المدرسية الإيجابية Positive School Experiences عامل مخفف من آثار الضغوط النفسية الأسرية ، وفى نفس الوقت فإنها قد تقلل أو تمحى خبرات الإساءة التى يكون قد تعرض لها بعض الأطفال ، بل أن الأطفال الذين يفتقدون للشعور بالقيمة داخل أسرهم قد يستمدون هذا الشعور داخل مدارسهم .*(Newton, 1988:114)*

والخبرات المدرسية الإيجابية تنقسم إلى :

- خبرات متعلقة بالجوانب المعرفية (التحصيل، زيادة القدرة على التفكير والتركز والتخيل والتخطيط) الانفعالية (الضبط الانفعالى، التعبير الانفعالى ، التواصل الانفعالى مع الآخرين) والاجتماعية(اقامة علاقات مع أقران من نفس المرحلة العمرية) واحترام الآخرين واحترام مشاعرهم ، وجسمية (الألعاب والمنافسات ،تكوين صورة الجسم) بالإضافة إلى الأنشطة الرياضية، الإذاعية ، مجلات الحائط.

وكل هذه الخبرات من شانها أن تيسر من النمو السليم وتزيد من الشعور بالثقة . كما أن المدرسة تعلم الطفل الضبط والنظام واحترام القوانين والمساواة. *(Rutter , 1990 : 196)*

ويشير *صلاح مخيمر(١٩٩٦)* إلى أن المدرسة تنقل الطفل من تبعية الأسرة إلى استقلالية الراشد ، وتساعد الطفل على اقتحام مواقف جديدة ، وزيادة تحمل التوترات والتسامح تجاه الإحباطات ، مما يساعد على تخطى الموقف الأوديبى من خلال ما تقدمه المدرسة من نماذج سلوكية واتجاهات نفسية إزاء ممثلى السلطة وإزاء الرفاق .

دور المدرسة فى تيسير النمو والوقاية النفسية للأطفال :

تتضح أدوار المدرسة فيما يلى :

- إكساب الطفل المهارات المعرفية مثل القراءة والكتابة والحساب.
- إكساب الطفل الخبرات والمعلومات اللازمة عن المعايير والأدوار الاجتماعية والمساعدة فى التنميط الجنسى Sex-Typing
- إتاحة الفرصة للطفل لإقامة علاقات صداقة مع أقرانه وتوسيع دائرة علاقاته الاجتماعية.
- المساعدة فى إظهار فردية وإستقلالية الطفل وفى نفس الوقت تعويده على التخلى عن فرديته عندما يتطلب الأمر التعاون مع الآخرين.

- تعويد الطفل القدرة على تحمل الإحباطات وتأجيل إشباع بعض حاجاته وتعويده كذلك ضبط إنفعالاته ، والالتزام بالضوابط والقواعد والنظم المدرسية.
- تنمية القيم الدينية والخلقية والوطنية لدى الطفل .
- تقديم المعلمين كنماذج سلوكية للطفل وكبدائل للآباء والأمهات.
- مساعدة الطفل على تكوين اتجاهات إيجابية نحو ذاته ونحو المدرسة وزملائه ونحو حياته المستقبلية .
- مساعدة الطفل على الشعور بالثقة بالنفس . والكفاية الاجتماعية والشخصية.
- تقديم أنشطة متعددة تساعد في الكشف عن الموهوبين والمبدعين وذوى القدرات الخاصة.
- إكمال دور الأسرة فى تعليم الطفل إحترام النظام والقانون والضوابط مما يترتب عليه إحترام الطفل للقانون وللنظام السياسى والاجتماعى فيما بعد. (Papalia & Olds , 1996 : 67-69)

وحتى تؤدى المدرسة دورها الوقائى فلا بد لها من العناصر الآتية:

١) أن تتعاون الأسرة مع المدرسة فى تهيئة الأبناء لدخول المدرسة وإستمرارهم ونجاحهم فيها من خلال:

- إشعار الطفل بالحب والاهتمام والتقدير مما يجعله يشعر بالثقة بالنفس والاستقلالية ويجعل لديه القدرة على الانفصال عن الأسرة دون أن يتأثر تأثرا كبيراً.
- إلحاق الطفل بدور الحضانة ليتعلم الانفصال التدريجى عن الأسرة.
- ذهاب الوالدين – أو أحدهما– مع الطفل إلى المدرسة قبل الالتحاق بها حتى يألف المكان وحتى يستطيع تكوين علاقات مع الآخرين من زملائه.
- عدم تحقيق كل مطالب الطفل فى المنزل لأنه حين يذهب إلى المدرسة لن يستطيع المعلم او المعلمة أن يكيف حجرة الدراسة لرغباته ، بل المطلوب منه أن يتكيف معها ومع زملائه ومعلميه.
- أن يتعلم الطفل داخل المنزل المهارات اللازمة للاعتماد على نفسه، والتوافق مع الآخرين بسهولة ،والخضوع للنظام والضوابط، وأن يتعلم التعاون مع الآخرين.

- تزويد الطفل بالقيم والمعايير الاجتماعية والمعلومات اللازمة للالتحاق بالمدرسة.
- أن يتكلم الوالدان عن المدرسة والمعلمين أمام الطفل بطريقة إيجابية باعتبار أن المدرسة هي أحد السبل للإعداد للحياة نفسيا واجتماعيا ومهنيا، ويتابعان التقدم الدراسي للطفل ويقدران ما يتعلمه ويناقشانه باحترام وحب، ويكافئانه عند الإنجاز.
- التنسيق المستمر للأسرة مع المدرسة لمتابعة انجازات الطفل وحل المشكلات أولاً بأول. *(Bee, 1998: 552-554)*

٢) كفاءة المبنى **The Quality of Buliding**

بمعنى أن تضم المدرسة مكاناً مناسباً للأنشطة (الرياضية ، الفنية ، الموسيقية ، الإذاعية) ، وأن تكون الفصول منسقة والإضاءة كافية ، وأن تكون جيدة التهوية ، وأن تكون المقاعد مريحة ، وألا تكون هناك أشياء تمثل خطورة على الأطفال (أسلاك الكهرباء مثلاً).

٣- الادارة المدرسية الواعية :

والتي تقوم على الحزم مع الحب والمتابعة للانشطة والتحصيل الدراسي والتقاط الأطفال المشكلين ومنع الظواهر السلبية مثل : (التزويغ ، التدخين ، إدمان المخدرات ، الانحراف الجنسي) بين الطلاب ، وكذلك متابعة المعلمين الذين يسيئون للأطفال (نفسيا ، جسمياً) وتقويمهم والاطمئنان على حسن إدارة المنشآت داخل المدرسة. *(Haggerty et al., 1996 : 208-315)*

٤- اظهار مواهب وقدرات الطلاب .

٥- مساعدة الطلاب المتفوقين على استمرار تفوقهم من خلال التشجيع والمتابعة.

٦- أن تكون المقررات عصرية وخالية من الحشو والتكرار ومناسبة للمرحلة العمرية للطفل.

٧- أن يتم استخدام وسال تعليمية مشوقة وجذابة لتوصيل المعلومات للطفل.

٨- يتم تفعيل دور المرشد النفسي لالتقاط الأطفال الذين يحتاجون إلى مساعدة نفسية.

٨ - الذكاء:

يُعد الذكاء من العوامل الواقية من أثر الضغوط الواقعة على الطفل ، ويبدو أن الذكاء وهو قدرة عقلية عامة يظهر أثارها في مختلف جوانب الحياة له تأثير مباشر وآخر غير مباشر على مواجهة الطفل للمشكلات والصعوبات المختلفة. ويبدو التأثير المباشر للذكاء في ارتفاع قدرة الفرد على إيجاد بدائل للحلول، وفي قدرة الفرد على التقييم الموضوعي

للمشكلة والقدرة على مواجهتها ، بينما يظهر التأثير غير المباشر للذكاء في ارتفاع تقدير الذات ومستوى التحصيل الدراسي لدى الاذكياء مما يتيح لهم امتلاك مهارات حل المشكلة، ويتيح لهم كذلك المرونة وسهولة التوافق مع المواقف الجديدة استنادا إلى ذكائهم ونجاحاتهم السابقة وشعورهم بالقيمة.*(Rutter , 1983: 1-39)*

٩- مهارات حل المشكلات

إذا كان تنمية خصائص إيجابية للطفل من اسرته أوهام فإنه غير كاف لمواجهة الطفل لضغوط ومشكلات الحياة ، حيث إن مشكلات الحياة تتطلب الكفاية أو الكفاءة والفعالية ، والكفاءة والفعالية لا يتكونان إلا بتعليم الأبناء لمهارات حل المشكلة من حيث تحديد المشكلة ، وتحديد وتحليل عوامل الخطورة فيها، والتخطيط لمواجهة المشكلة من خلال التفكير والاستفادة من الخبرات السابقة سواء للطفل أم الآخرين ذوى الكفاءة في بيئته ، والمثابرة في حل المشكلة ، وفي حالة تعذر العثور على حل يتم تجربة بدائل اخرى للحلول ، وإذا لم تفلح البدائل في حل المشكلة فإننا نعلم الطفل متى وكيف يطلب المساندة والمساعدة من الآخرين ذوى الأهمية النفسية وذوى الكفاءة. وبعد مواجهة المشكلة تعلم الطفل كيف يقيم جوانب النجاح والفشل في المواجهة ويستفيد منها في المواجهات التالية للمشكلات التي يواجهها .

١٠ - التديـن

إذا كانت الأنا كجهاز نفسي هامة في تقنين علاقة الطفل بالواقع وفي توافقه معه إلا أن الأنا العليا لا تقل في أهميتها عن الأنا في تبني نظام قيمي واخلاقي يساعد الطفل على مواجهة الضغوط ، كما أن التدين كما أشار *أريك اريكسون*Erikson,1980 يعطي الطفل الشعور بالثقة في ذاته وفي الآخرين وفي المستقبل، والتدين ينشأ لدى الطفل من خلال عدة مصادر ، منها أن يكون الوالدان قدوة صالحة للطفل في التعاملات والعلاقات وأداء الفروض والواجبات مما يجعلهما قدوة للطفل بتعبير باندورا ، او يتوحد بهما الطفل لا شعوريا بتعبير فرويد ، فالطفل يلاحظ ما يقوم به الوالدان ويستدخله ثم يقتدي به ، وهذا الاقتداء لا يتم إلا على أرضية من إدراك الطفل أن والديه يشبعان حاجاته الجسمية والنفسية من حب واهتمام ورعاية مما يكون لدى الطفل الثقة المطلقة وهي أساس الشخصية السوية التي تقاوم الضغوط والانحراف والإدمان ، ومن هنا فإن التدين يعتبر من أهم العوامل الواقية من أثر الضغوط،كما أنه يقوي العوامل الأخرى مثل متغيرات الشخصية الإيجابية

وتقديم وتلقى المساندة من الآخرين ، فالشخص المتدين تدينا جوهرياً وليس ظاهرياً يعرف حقوقه وواجباته، وحقوق وواجبات الآخرين ، ويعتبر أن المشكلات والضغوط هى إختبار لمدى تدينه ولا يعتبرها تهديدا له، كما أن مواظبته على أداء الفروض يجعله أكثر شعوراً بالهدوء والراحة والسكينة مما يشكل أكبر حصانة ضد الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية ، كذلك فإن التدين لا يقى من الأمراض النفسية فقط بل أنه يساعد على التفوق وحسن إستثمار الوقت والجهد، وعدم الخضوع لضغوط الأقران.

١١- الصحة الجسمية

تعتبر الصحة الجسمية واللياقة البدنية من عوامل مقاومة الضغوط *(Sarafino, 1994)* حيث إن الصحة الجسمية تساعد الفرد على مواجهة الضغوط والمثابرة وعدم اليأس ، بينما الأمراض الجسمية خاصة المزمنة (السكر-الربو..الخ) فإنها فى حد ذاتها تعتبر ضغطا على الطفل حيث تستلزم رعاية مستمرة وتناول أدوية بشكل منتظم ويترتب عليها التقليل من الأنشطة والعلاقات والألعاب ، مما يجعل الطفل يشعر بالتقيد ، بالإضافة إلى أن الأمراض المزمنة تجعل اتجاهات الأسرة نحو الطفل غير سوية (الحماية الزائدة مثلاً). كذلك فإن وجود أمراض مزمنة لدى الطفل يجعله أكثر تأثرا بالضغوط الأخرى وأكثر إدراكا للخطورة فى الضغوط وأكثر شعوراً بالعجز عن مواجهة الضغوط مما قد يزيد من المرض الجسمى للطفل ، وهذه العلاقة يطلق عليها " الدائرة الخبيثية " ، حيث إن المرض المزمن يزيد من إدراك وتأثر الطفل بالضغوط وعدم القدرة على مواجهة الضغوط وتزيد من شعور الطفل بالعجز واليأس وهذه المشاعر تزيد بدورها من المرض الجسمى ،وهكذا.

من العرض السابق يتضح أن متغيرات الوقاية ومصادرها تتفق فيما يلى:

- الأولى: أنها تعود فى جذورها إلى أساليب التنشئة الأسرية القائمة على إدراك الابناء للحب والقبول والتقدير والاحترام والاهتمام باهتماماتهم ، والاستجابة لحاجاتهم مع مراقبة أنشطة الابناء ومتابعتهم سواء فى اللعب أو المدرسة مما يخلق لدى الابناء الشعور بالثقة والفعالية والكفاية.
- الثانية : هى أن هذه الخصائص الشخصية الإيجابية تمثل عامل وقاية للفرد من اثر تعرضه للضغوط ، وتساعد الفرد على المواجهة الإيجابية للضغوط النفسية.
- الثالثة : أنها تقى الفرد من التعرض للأمراض النفسية وتظل هذه العوامل تعمل طوال حياة الفرد وتساعده على مواجهة الضغوط.

- الرابعة : هي أن هذه المتغيرات تشتمل على جانب معرفي قائم على إدراك الفرد وتفكيره ، وتذكره لهذه الخصائص عند قيامه بأداء مهمة معينة ، وكذلك الجانب الأدائي الذي يقوم به الفرد ويظهر فيه أثر هذه الخصائص الإيجابية.

سادساً : البروفيل النفسي للأطفال المقاومين للضغوط

ظل علماء النفس لفترة طويلة يدرسون الأطفال الذين يعانون من مشكلات نفسية وسلوكية وعقلية واهتموا بالمتغيرات المسببة والمرتبطة بهذه المشكلات ، ومنذ فترة قصيرة وتحديداً من ١٩٧٩ بدأ الاهتمام بالأطفال الذين يستطيعون مواجهة الضغوط ولا يمرضون على يد *مايكل راتر* *Rutter, 1979* حيث بدأ راتر في دراسة المتغيرات الشخصية والبيئية المسئولة عن شعور الأطفال بالكفاية Competence والتوافق مع الضغوط بل والتغلب عليها ، ومنذ بداية الثمانينيات بدأت تظهر في كتابات علماء النفس مصطلحات جديدة تعبر عن إيجابية الأطفال في مواجهة المشكلات ، ومن ثم ظهرت مصطلحات مثل مقاومة الضغوط Stress-Resistance والعوامل الواقية Protective Factor وعدم القابلية للإصابة بالمرض تحت الضغوط invulnerability والقدرة على مقاومة المحن والشدائد والتغلب عليها Triumphing Over adversity ومرونة الأنا وقدرتها على استعادة توافقها في مواجهة الضغوط Ego- Resilience. وقد جاءت هذه المصطلحات نتيجة لدراسة العلماء لأطفال واجهوا ضغوط ومشكلات وأزمات وخرجوا منها وهي أكثر كفاية وقدرة على المواجهة في المرات التالية ، وكانت هذه الدراسات الرائدة إيذانا ببداية عهد جديد في مجال الصحة النفسية للأطفال وفي معرفة أهمية الدور التحصيني للأطفال في مواجهة الضغوط، واستمرار شعور الأطفال بالصحة النفسية. وقد قام علماء كثيرون بمجهودات رائعة في هذا المجال ومنهم على سبيل المثال راتر 1996 , 1990 , 1983, 1979 ,Rutter,1978 وجارميزى 1996, 1983 ,1981 Garmezy,1972 حيث قاموا بدراسة أطفال تعرضوا لظروف ضاغطة متعددة (خلافات أسرية – انخفاض المستوى الاجتماعي الاقتصادي – زيادة حجم الأسرة – إجرام أحد الوالدين – الاضطراب النفسي لأحد الوالدين ، المشكلات الصحية المزمنة للوالدين أو أحدهما).

وقد أشار الباحثون إلى عوامل الخطورة السابقة كان يقابلها غالبا عوامل وقاية تقلل من آثارها مثل : (مساندة الوالد الباقي مع الطفل " في حالة الطلاق – الوفاة لأحد الوالدين " ، الحالة المزاجية المستقرة للطفل – جاذبية الطفل وقدرته على التفاعل – تشجيع المعلمين للطفل – الإنجاز الأكاديمي للطفل – مساندة الأقران – الصحة الجسمية

للطفل – وجود ضوابط والديه متسقة وواقعية – ادراك الطفل للدفء الوالدى والمساندة الوالدية).

وقد أشار *Garmezy, 1987* إلى بعض خصائص هؤلاء الأطفال والذين تعرضوا للضغوط أو لم يتعرضوا لها وكانت لديهم القدرة على التغلب عليها وهى :

- لديهم مهارات اجتماعية وقدرة على الاستجابة المناسبة للآخرين وحساسية لمشاعر الآخرين .
- هم أكثر تعاونا وتوكيدا لذواتهم وأقل عدوانية.
- تقديرهم لذواتهم مرتفع ويشعرون بالقوة الشخصية Personal power
- لديهم اعتقاد فى الضبط الداخلى Internal locus of control .
- يستطيعون كف عدوانهم والسيطرة على مشاعرهم السلبية .
- يرتفع لديهم الذكاء ويستمرونه فى الدراسة والعلاقات الاجتماعية.
- فى أسرهم يستطيع الوالد الذى يعيش معه الطفل أن يعوض غياب الوالد غير المتواجد (المتوفى – المسافر – المطلق) من خلال الدفء والضوابط .
- يضعون أهداف واقعية يمكن تحقيقها ويثابرون حتى يستطيعوا تحقيق هذه الأهداف .
- يتابع أحد الوالدين دراستهم وواجباتهم المدرسية وانشطتهم ويوجههم ويرشده.
- يوجد نموذج جيد يرتبط به الطفل ويتوحد به الايجابية والمبادأة.
- لديهم القدرة على التوجيه الذاتى والتدعيم الذاتى.
- منازلهم مرتبة ومنظمة ونظيفة وعدد الأشقاء قليل.
- يستطيعون استعادة التوافق والتغلب على الفشل والاستفادة منه.
- دخل الوالدين يكفى الاحتياجات الأساسية للأبناء.
- لديهم اعتقادات ايجابية عن ذواتهم ومن الآخرين.

ويضيف *شارب وكاوى Sharp & Cowie, 1998* خصائص أخرى مرتبطة بالذكاء الانفعالى ، وهى:

- الوعى بالذات ، قدرته على الوعى الدقيق بمشاعره وقدراته.

- إدارة الانفعالات Manaing Emotions أى قدرته على إصدار الاستجابة الانفعالية المناسبة ، حتى تحت الضغوط وعدم الاضطراب الإنفعالى إزاء مواجهة المشكلات.
- التعاطف Empthy أى التعاطف مع الآخرين وإدراك وتفسير مشاعرهم بدقة.
- الكفاية الاجتماعية Social Competence أى القدرة على البدء فى علاقات وتطويرها واستمرارها مع الآخرين.

ويشير *بلوك وبلوك* (*Block & Block, 1980*) إلى أن هؤلاء الأطفال لا يستنزفون مصادرهم النفسية فى أشياء غير مفيدة ولكن فى أعمال ومسالك بناءة ومفيدة ، كما انهم يعتبرون أن الضغوط ليست تهديداً لهم بقدر ما هى اختبار لقدرتهم على المواجهة والتحدى ، والضغوط تزيد من قوتهم وصلابتهم وتضيف إلى إطارهم المعرفى خبرة لمواجهة الضغوط فى المواقف اللاحقة .

ويرسم كل من (Kimchi & Schaffner, 1990) بروفيلاً نفسيا للأطفال المقاومين للضغوط والذين يستطيعون استعادة توافقهم بسرعة عند مواجهتهم لها كما يلى :

فى مرحلة المهد : يكون الطفل (نشيط ، مرح ، يستجيب للناس، يستطيع جذب انتباه الآخرين ، يهدأ بسرعة ، يتعلق بشخص راشد (غالبا الأم) .

وفى مرحلة ما قبل المدرسة : (الثقة بالنفس ، الاستقلالية ، القدرة على اللعب ، القدرة على التواصل مع الآخرين ، القدرة على الضبط الذاتى ، القدرة على الاستكشاف والبحث عن خبرات جديدة ، القدرة على تحمل الإحباط ومشاعر القلق ، القدرة على طلب المساعدة عند الحاجة فقط ، القدرة على التوافق مع المواقف الجديدة ، علاقاته طيبة مع أقرانه ومعلميه).

وفى مرحلة المدرسة الابتدائية : (الأداء الأكاديمى الجيد ، العلاقات الطيبة مع الأقران والمعلمين، الاستمتاع بالدراسة ، وجود هوايات مفيدة ، القدرة على الإبداع والابتكار ، روح الدعابة أو الفكاهة) .

وفى مرحلة المراهقة : (الرضا عن صورة الجسم ، النشاط والحيوية ، تحديد المستقبل الدراسى والمهنى ، الشعور بالمسئولية ، تقدير مرتفع للذات ، مصدر ضبط داخلى ، وجود نظام قيمى ، القدرة على إقامة علاقات مع الجنس الآخر ، النضج والكفاية الاجتماعية والشخصية).

***

الفصل الرابع

الاضطرابات المزاجية عند الأطفال

أولاً : تعريف الاكتئاب

ثانياً: عوامل الخطورة في ظهور الاكتئاب

ثالثا : النظريات المفسرة لاكتئاب الأطفال

رابعاً: المظاهر الإكلينيكية لاضطرابات المزاج

خامساً: العلاج

سادسا: الانتحـار

الفصل الرابع

الاضطرابات المزاجية عند الأطفال Mood Disorders

في مرحلة ما قبل المدرسة تكون الاضطرابات المزاجية لدى الأطفال نادرة جداً، وتزداد هذه الاضطراباث في مرحلة الدراسة الابتدائية (٢٪) ولدى المراهقين تنتشر الاضطرابات المزاجية بنسبة (٥٪) تقريباً، وتتعدد أشكال اضطرابات المزاج عند الطفل، مثل نوبات كبرى من الاكتئاب، والاضطراب الثنائي اكتئاب- هوس، والقريفة أو عسر المزاج. ويظهر الاكتئاب على الطفل في صورة كسل وفتور الهمة، والشعور بالفشل وانحراف المزاج وزيادة الحساسية وسهولة جرح المشاعر، والانسحاب الاجتماعي والهروب، أو العلاقات السطحية المؤقتة، مع فقدان الأمل والانغمار في التشاؤم من المستقبل وربما فقدان الشهية والشكوى من آلام جسميه وتوهم المرض، وصعوبة التركيز، ويتذبذب الطفل بين نقده القاسي لنفسه، وبين تأنيب غيره على ما ارتكبه نحوه من أخطاء، وأحياناً عدم الرغبة في الحياة، وقد تؤدى حالة الطفل هذه إلى سرعة التأثر والبكاء وإهماله لمظهره.

(زكريا الشربيني ٢٠٠١ : ٤٤)

ويشير هيرنجتون *(Harrington, 1993: 125 - 131)* في كتابه "اكتئاب الأطفال والمراهقين". إلى أن اكتئاب الأطفال يختلف عن اكتئاب الكبار نظراً لاعتمادية الأطفال وعدم قدرتهم على التعبير لفظياً عما يعانونه من أعراض حيث يشعر الأطفال بالعجز إزاء ما يحدث لهم من أحداث (وفاة أحد الوالدين – طلاق عقاب – شديد) ويبدأون في تكوين صيغة معرفية تتضمن التضخيم من شأن الأحداث الخارجية والتقليل من شأن قدرتهم على مواجهتها، كما قد يلومون ذواتهم عن احداث ليست من مسؤلياتهم (طلاق الوالدين مثلاً) وهم غالباً ما يحرفون ما يمرو به من أحداث في اتجاه توقع الفشل (في الدراسة – العمل – العلاقات) وبالتالي ينخفض لديهم تقدير الذات ويتزايد الشعور بالرغبة في عقاب الذات Self-punitive وهذا الاسلوب المعرفي في النظر للذات والأحداث والآخرين والمستقبل قد يجعلهم يشعرون بتوقع دائم للفشل ومع تكرار الفشل يكون العجز ثم الشعور باليأس حيث لاجدوى من المحاولة أو بذل الجهد.

أولاً: تعريف الاكتئاب: Depression

"هو خبرة وجدانية ذاتية، أعراضها الحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام واللامبالاة والشعور بالفشل وعدم الرضا والرغبة في إيذاء الذات، والتردد وعدم البت في

الأمور والإرهاق وفقدان الشهية، واحتقار الذات وبطء الاستجابة وعدم القدرة على بذل أى مجهود". *(ممدوحة سلامة ١٩٨٧ : ٣ -٣٢)*

ثانياً: عوامل الخطورة فى ظهور الاكتئاب :

هناك عوامل خطورة كثيرة تكمن وراء الاكتئاب وأهمها :

١- وقوع حادث فقد شخص عزيز مثل المربية أو الصديق أو ما يسمى الفقدان المبكر لموضوع الحب أو فقده شيئا عزيزاً.

٢- وقوع حادث وفاة شخص عزيز مثل الأب أو الأم أو الجد أو ما يسمى بالفقدان الفيزيائى لموضوع الحب..

٣- انشغال أحد الوالدين بزواج جديد أو عدم التوافق الزواجى بين الوالدين.

٤- انتقاد الوالدين أو أحدهما للطفل والتقليل من قيمته وبخاصة أمام الغرباء.

٥- وجود الاكتئاب لدى أحد الوالدين وهو أهم أسباب اكتئاب الأطفال، لأن الطفل ينسحب عليه الاكتئاب نتيجة معيشته مع أحد الوالدين، وتشير النتائج إلى أن ٥٠٪ من الأطفال المكتئبين لهم آباء مكتئبون.

كما وجد هرنجتون *(Harrington, 1993)* أن أبناء الآباء المكتئبين تنقصهم المهارات الاجتماعية وتزداد لديهم خصائص الشخصية السلبية (الاعتمادية – انخفاض تقدير الذات – عقاب الذات – النظرة السلبية للحياة) مما قد يهيئ الأبناء للاكتئاب، وهذا ما جعل هيرنجتون يعتقد أن أعراض الاكتئاب قد تنتقل من الآباء إلى الأبناء من خلال أساليب التعامل ومن خلال أفكار الوالدين السلبية وتأخرهم الحركى وتشاؤمهم ونظرتهم السلبية لذواتهم والحياة والمستقبل(*).

٦- الأمراض الجسمية المزمنة والحوادث التى تسبب الإعاقات الشديدة والتشوهات.

٧- شعور الطفل بالذنب، وأنه فاسد أو سيئ يستحق العقاب، أو أنه السبب فى مرض أو وفاة أخيه مثلاً.

٨- عدم تحبيذ الكبار للاستماع لتعبير الأطفال عن أنفسهم وأسباب غضبهم، مما يجعلهم يلجأون إلى الصمت والخذلان، ومن ثم بعض أعراض الاكتئاب نتيجة شعورهم بالعجز عن إفهام الآخرين والتعامل مع المشكلات.

(*) لمزيد من التفاصيل حول موضوع اكتئاب الأم وأثره على الأبناء يمكن الرجوع إلى الفصل الثانى من هذا الكتاب .

٩- إن بعض الأسباب الفسيولوجية قد تؤدى إلى الاكتئاب مثل عدم توازن الهرمونات وفقر الدم وعدم انتظام السكر فى الدم.

١٠- الخلافات الأسرية المزمنه بين الوالدين. *(زكريا الشربينى ٢٠٠١ : ٤٥)*

ثالثاً : النظريات المفسرة لاكتئاب الأطفال:

سوف نعرض باختصار للنظريات المفسرة لاكتئاب الأطفال والتى توضح بشكل أكثر تفصيلاً الأسباب الكامنة وراء الاكتئاب من وجهات النظر المختلفة.

أ- التحليل النفسى:

الاكتئاب وفقاً للنظرية ترجع جذوره إلى المرحلة الفمية فنتيجة لعدم كفاية الإشباع أو الإفراط فيه يحدث تثبيتاً عند هذه المرحلة وبصفة خاصة فيما يتعلق بتقدير الذات وبغض النظر عن طبيعة الفقد الحالى فإن الشخص الذى يعانى من الاكتئاب يستجيب لهذا الفقد بنفس الشدة التى استجاب بها للموقف الصدمى فى طفولته الباكرة والذى يتعلق فى أغلب الأمر بفقد موضوع حبيب لديه فالفقد الحالى يجعل الفرد ينكص إلى حالة العجز والاعتمادية التى مر بها حين الفقد الأصلى للموضوع الحبيب، ويمثل سلوك المكتئبين صرخة من أجل الحب وإظهار العجز ونداء للمحبة والأمن، وتنظر مدرسة التحليل النفسى إلى شعور المكتئب بعدم القيمة وانهيار تقدير الذات إلى الحاجات الطفلية لتأييد الوالدين. *(ممدوحة سلامة وعبد الله عسكر، ١٩٩٥، ١٠٦ – ١٠٨)*

ب- جون بولبى Bowlby

يشير جون بولبى إلى أن خبرات الطفولة المؤلمة التى تحرم الطفل من إقامة علاقة حب آمنة وثابتة بالإضافة إلى التوقعات اللاواقعية من الآباء للأبناء تؤدى إلى شعور الفرد بالعجز فى قدرته على إقامة علاقة إنفعالية أو الاستمرار فيها ويستمر هذا العجز فى مرحلة المراهقة مما قد يؤدى إلى الاكتئاب. (Salama, 1990 : 1 -17) وبالإضافة إلى خبرات الطفولة المؤلمة التى حرم فيها الطفل من إقامة علاقة حب آمنة فإن *بولبى* (Bowlby, 1969, 1973) يركز أيضاً على خبرة الانفصال لاسيما فى السنوات الباكرة فى الحياة حيث تجعل الفرد أكثر حساسية لأى خبرة فقد أو فشل تالية وتجعله أكثر استعداداً للاكتئاب (Harris, 1987 : 22 - 23). وبشكل أكثر تفصيلاً فقد أوضح بولبى أن الانفصال المبكر يجعل الطفل غير آمن حتى إذا تم إقامة علاقات تعلق جديدة، فالانفصال المبكر، وبصفة خاصة بعد أن قامت رابطة تعلق بين الأم- أو القائم

بالرعاية - والطفل ستظل تظهر أثارة فيما بعد في صورة اكتئاب حاد أو قلق لا علاقة له بمجريات الأحداث الحالية أو التوترات القائمة.

ج- المنظور المعرفي:

يؤكد بيك *(Beck, 1976)* على أن أحداث الطفولة المؤلمة والضاغطة كخبرات (الفقد والرفض والإهمال) تجعل الفرد يكون صيغة سلبية تجاه ذاته وينخفض تقديره لذاته *(Beck, 1976 :102 - 131)* وتمتد هذه النظرة السلبية للذات لتشمل نظرة سلبية للعالم والمستقبل أيضا ليكون الثالوث المعرفي. وبشكل أكثر تفصيلا فالمكتئب شخص يتسم نمط تفكيره بالتحريف والتشويه فهو يحرف الوقائع بما يتفق واعتقاداته السلبية عن ذاته، مما يجعله ينظر إلى ذاته على أنها تتسم بعدم القيمة والفشل وعدم الكفاية ويسيطر عليه شعور بالنقص وتمتد هذه النظرة لتشمل الحياة فهي عديمة المعنى، والعالم هو ظالم، مظلم، محزن *(Greenberg, Beck, 1989 :9 - 13)* كما أن هذا العالم يضع العقبات في سبيل الوصول للهدف وبالتالي فالفرد سوف يفشل وهذه الصعوبات سوف تستمر في المستقبل، وبالتالي فهو معتم ولا أمل فيه. *(Lewinsohn, Hoberman, 1985 :173 - 207)*

ويرى هيرنجتون *(Harrington 1993 : 126)* في مراجعته للدراسات التي أجريت على التشويه المعرفي لدى الأطفال أن هناك عوامل مهيئة للتشويه المعرفي تتضمن تعرض الطفل لخبرات صدميه مبكرة Early Traumatic Experiences خاصه خبرات الفقد لشخص عزيز، وهذه الخبرات تؤثر على التفكير التلقائي للطفل An automatic Style of Thinking وتجعله يكون صيغة معرفيه Schemata سلبيه تحرف وتشوه الأحداث التالية في اتجاه توقع الفقد وتوقع الفشل والعجز عن المواجهة مما يؤدى إلى انخفاض تقدير الذات وزيادة التشاؤم ونقد الذات لعدم القدرة على المواجهة وفى النهاية يشعر الطفل أنه محاصر بالاكتئاب والأفكار السلبية عن الذات والأحداث والمستقبل.

د- منظور العجز المكتسب:

العجز المكتسب نموذج معرفي يعتقد أصحابه *(Abramson et al., 1978)* أن الاكتئاب يحدث عندما يعتقد الفرد أنه لا يستطيع السيطرة على الأحداث أو أن سلوكه لن يؤثر على النتائج المترتبة على هذا السلوك فعند تعرض الفرد لأحداث ضاغطة وإدراكه عدم القدرة أو عدم الكفاية على المواجهة فإن هذا يؤدى إلى : (١- تقليل وتخفيض الدافعية والمبادأة والنشاط والسلبية والخمول ٢- الإحساس بالعجز Helplessness وفقدان

الأمل Hopelessness ٣- انخفاض تقدير الذات والشعور بنقص الكفاية ٤-اكتئاب وحزن ٥- التوقعات السلبية نحو الذات.*(Abramson. Seligman & Teasdale, 1978: 49 - 74)*

ونظرية العجز المكتسب فى مرحلة الطفولة تتضح فى إدراك الطفل أنه لا يستطيع التأثير فى الاحداث السيئة المحيطه به (طلاق الوالدين – المشاجرات – فقد أحد الوالدين) وفي هذه الحالة يشعر الطفل بالعجز إزاء الأحداث ويشعر بانخفاض تقدير الذات، ويشعر بأى مجهود يبذله لا طائل منه فيبدأ الشعور بالعجز ويمتد هذا الشعور من الماضى إلى الحاضر والمستقبل فيتحول الشعور بالعجز إلى شعور بالفشل واليأس وبعض الأطفال المكتئبين قد ينسبون إلى أنفسهم الأحداث السيئة التى تحدث داخل أسرتهم فيعتقدون مثلاً أن الخلافات الأسرية قد تحدث بسببهم، كما أنهم دائماً ما يتوقعون الشر والفشل وعدم النجاح فى حياتهم الدراسية وإذا نجحوا لا يتوقعون استمرار النجاح وينسبون هذا النجاح إلى أسباب خارجية كالحظ والصدفة.

هـ- نظريات التدعيم:

يرى أصحاب نظريات التدعيم أن مظاهر السلوك الاكتئابى من انخفاض مستوى النشاط والخمول وبطء الاستجابات والتعاسة البادية إلى خفض مستوى التدعيم (المدعم Reinforcer هو كل ما يجعل السلوك أكثر تكراراً فى حدوثه الايجابى، فما يحدث من مظاهر إنما ترجع إلى توقف مدعم أو معزز ايجابى تعود عليه الفرد، فحين يموت شخص عزيز فإن الفرد يفقد بموته مصدرا للتدعيم.*(Brunstein & Olbrich, 1985: 154 - 155)*

و- مايكل راتر:

يذكر *راتر (Rutter, 1990)* أن الاكتئاب ينشأ عن فقدان الحب والرعاية ويعتبر راتر العلاقة الآمنة التى يسودها الدفء والحب بين الطفل ووالديه تمثل عاملاً واقياً للفرد يؤدى إلى شعوره بالكفاية والثقة والقدرة على المواجهة والتحدى، بينما عدم وجود علاقة حميمة يمكن الوثوق بها تمثل مفتاحاً للتنبؤ بالاكتئاب بل وللتنبؤ باضطراب الشخصية.
(Rutter, 1990, pp. 181 - 214)

رابعاً: المظاهر الاكلينيكية لاضطرابات المزاج:

يشير *عبد الله عسكر(٢٠٠٥ : ١٢٠)* إلى أن اضطرابات المزاج لدى الأطفال تتمثل فيما يلى:

١- نوبات اكتئابية كبرى:

نظراً لكون الأطفال الصغار لا يستطيعون التعبير عن مشاعرهم. فإن أعراض الاكتئاب تتبدى فى الشكوى البدنية، والهياج النفسى الحركى، وهلاوس مرتبطة بالمزاج،

وفقدان الاستمتاع باللذة. وتتزايد المظاهر الاكتئابية بالتقدم نحو البلوغ وخاصة التأخر النفسي الحركي واليأس والتشاؤم والحزن والقرف من النفس.

٢- القريفة أو عسر المزاج Dysthymic Disorder:

وهي حالات من عدم الاستقرار المزاجي المصبوغة بالمزاج المكتئب معظم اليوم ولعدة أيام وتستمر على الأقل لمدة سنة، وتبدو مظاهرة في نقصان تقدير الذات والتشاؤم أو اليأس، وفقدان الاهتمامات والانسحاب الاجتماعي والتعب والإجهاد المزمن والشعور بالذنب والسأم والغضب الشديد، وعدم الاستقرار، ونقصان في الدافعية والإنتاجية، وقصور في التركيز والتذكر.

٣- الاضطراب ثنائي القطب الأول Bipolar Disorder:

وهذا النوع من الاضطرابات ثنائية القطب التي يتناوب فيها الهوس مع الاكتئاب، والاضطراب الثنائي الأول تظهر ملامحه الأساسية في معاودة نوبة أو أكثر من الهوس مع نوبات اكتئابية كبرى.

٤- الفقد والحداد Grief & Bereavement :

يشير *جون بولبي (Bowlby, 1988)* و*مايكل راتر (Rutter, 1990)* إلى ارتباط فقد موضوع القلق أو فقدان حبه باعراض الاكتئاب، وهذه الأعراض تشمل الإحساس بالحزن Sadness والأرق Insomnia وتناقص الشهية للطعام diminished appetite وفقدان الوزن، والانسحاب من الأنشطة المحببة. ويرى *بولبي وراتر* أن فقدان الوالدين خاصة لو كان الوالد محبوباً لدى الطفل لا سيما عندما تتم الوفاه بشكل مفاجئ يترك جرحاً نفسياً عميقاً لدى الطفل، ويجعله ينشغل دائماً بأفكار عن الموت والفقد، ويؤثر على علاقاته اللاحقه حيث يتكون لديه اعتقاد بأنه إذا ارتبط أو تعلق بشخص معين فقد يصيبه مكروه ومن ثم يشعر الطفل بالذنب ويتزامن مع مشاعر الذنب انخفاض الدافعية ورفض الطعام، ويتزايد عنده الشعور باليأس والتشاؤم بشأن المستقبل كما تزداد لديه الأفكار الانتحارية وعدم الرغبة في الاستمرار في الحياة بدون من يحب. أما إذا كان الفقد لوالد أو عزيز يعاني من مرض مزمن طال علاجه فإن الطفل يكون أكثر تقبلاً لفكرة وفاة الوالد وأكثر قدرة على تجاوز أعراض الاكتئاب المرتبطة بالوفاة، ويبدو أن المرض الشديد والمزمن يعطي تهيئة أفراد الأسرة لتقبل فكرة الوفاة.

خامساً: العلاج:

مما لاشك فيه أن معظم حالات اكتئاب الطفل غير معروفة الأسباب، وذلك بسبب قلة الحصيلة اللغوية عند الطفل لأنه لا يمكنه التعبير عن الحالة النفسية التى يعانى منها، ولذلك نجد أن حالات الاكتئاب عند الطفل ليست من الحالات النادرة، لكنها فى الغالب تظل غير معروفة، وكذلك فهى إما تعالج خطأ أو لا تعالج على الإطلاق، ويرجع ذلك إلى أن الطبيب يكون فى الغالب مستبعداً أو غير واضع هذا التشخيص فى اعتباره، أو لأن اكتئاب الطفل دائم التغيير بسبب السن فنجد أنه فى حالة الأطفال صغار السن ما قبل سن المدرسة تظهر أعراض الاكتئاب فى صور نفسية جسمية وفى سن أطفال المدرسة الإبتدائية تظهر اضطرابات نفسية وجسمية وفى أشكال متعدده منها، التبول اللاإرادى، والخوف من المدرسة، والسرقة. والكذب والعدوانية، والتأخر الدراسى، وعدم التركيز وإضطراب القولون ... الخ. *(كلير فهيم ١٩٩٠ : ١٢٧)*

وهناك بعض الفنيات العلاجية التى يمكن استخدامها مع الأطفال كما يلى:

١) **العلاج الدوائى:** ويتم استخدام العلاج الدوائى فى حالات الاكتئاب الشديد حيث يتم إعطاء الطفل المكتئب مضادات الاكتئاب كخط دفاع أولى ضد الاكتئاب ولإتاحة الفرصة لتفعيل الفنيات العلاجية الأخرى.

٢) تنمية المهارات الاجتماعية للطفل ومساندته على كيفية البدء بإقامة علاقات مع الآخرين والاستمرار فيها. وتقبل الذات وتقبل الآخر. والتدريب على التواصل اللفظى (بصوت واضح) والبصرى (بتبادل النظر مع من يستحدث معه).

٣) **المساندة الاجتماعية Social support** تعتبر المساندة الاجتماعية عاملاً مخففاً من آثار الفقد، فشعور الطفل بأن الآخرين يحبونه ويتقبلونه ويتعاطفون معه يجعله يتجاوز صدمة الفقد، بل ويتجاوز الآثار السلبية لتعرضه لأى ظروف أو أحداث ضاغطة.

٤) **العلاج المعرفى السلوكى:** حيث يتم مناقشة الطفل فى أفكاره الانتحارية ورغبته فى الموت وشعوره بالفشل واليأس والتشاؤم ومناقشة الجوانب الايجابية فى شخصيته وحياته، ومساعدته فى إحلال أفكار إيجابية متعلقة بالتفاؤل والأمل والإنجاز محل الأفكار السيئة والرديئة والتى تجعل الطفل يحرف كل ما يرد له فى الإتجاه السلبى مما يجعله **"محاصراً باكتئابه"** فالهدف من العلاج المعرفى السلوكى هو كسر حصار الاكتئاب للطفل، والعلاج السلوكى المعرفى يركز على تذكر المحِصلات الإيجابية فى الماضى والحاضر والأحداث المختلفة ويساعد الطفل على تبنى نظره واقعية للحياة.

٥) العلاج باللعب وخلق موضوعات خارجية ينشغل بها الطفل بدلاً من الانشغال بالذات.

٦) العلاج الدينامي: ويفيد في معرفة الصراعات والمشكلات التي يعاني منها الطفل ويمكن استخدام اللعب، والرسوم، والمقابلة الشخصية، اختبار تفهم الموضوع للأطفال.

٧) العلاج الأسرى: من خلال مساندة الطفل والتواصل معه وإشعاره بالحب والاهتمام والتقدير وتشجيع إنجازاته، وعلاج أحد الوالدين إذا كان يعاني من الاكتئاب لأن الدراسات أثبتت وجود علاقة بين اكتئاب الوالدين وبين اكتئاب الابناء ونقص المهارات الاجتماعية لديهم وكذلك زيادة الأفكار الانتحارية واليأس لديهم.

سادساً: الانتحار:

يقل انتشار الانتحار بين الأطفال، ولكنهم تكون لديهم بنية معرفية تتضمن الميل إلى أذى الذات، والرغبة في الموت، وعندما تناول علماء النفس موضوع الانتحار لدى الأطفال ربطوه بالشعور باليأس. وفي هذا الإطار يشير *عبد الفتاح دويدار (١٩٩٠)* إلى أن الأطفال الذين يعيشون في بيئة أسرية آمنة، يتكون لديهم الشعور بالقيمة والقدرة على التغلب على الصعوبات والمعوقات، والقدرة على المثابرة في حل المشكلات، والمرونة وبذل الجهد والشعور بالتفاؤل بشأن المستقبل، أما الأطفال الذين يتعرضون لظروف ضاغطة لا يستطيعون مواجهتها أو التحكم فيها (فقد أحد الوالدين والمرض المزمن لأحد الوالدين والشقاق الأسرى مثلاً) فإن هذه الأحداث ترتبط بشعورهم باليأس الذى يشكل حجر الزاوية لكثير من الاضطرابات النفسية خاصة الاكتئاب. ويرى *أسرناو (Asarnow, 1987)* أن اليأس لدى الأطفال يرتبط ببعض المتغيرات منها (رفض الوالدين والأسرة غير المتماسكة وانضوابط الوالدية المتشددة والصراع الأسرى المزمن وعدم كفاية دخل الأسرة ومرض أو وفاة أحد الوالدين) مما يؤدى إلى الشعور بانخفاض قيمة الذات، وزيادة الأفكار الانتحارية، وفقد القدرة على التمتع بالحياة. *(Asarnow et al., 1987: 361 - 366)* كما يشير *ابرامسون وآخرون (Abramson et al., 1989)* إلى أن اليأس هو السبب الأقرب لحدوث الانتحار أو هو عامل خطورة Risk factor للتنبؤ بالانتحار، وينتج من وجود سلسلة من الأحداث السلبية بحيث تعتبر كل حلقة من هذه السلسلة بمثابة سبب يؤدى إلى زيادة احتمالية حدوث ما أسموه باكتئاب اليأس Hopelessness depression، حيث إن حدوث حدث أو أكثر من أحداث الحياة السلبية يعد بمثابة مرحلة أو خطوة نحو الإصابة بالاكتئاب. وهناك ثلاثة متغيرات معرفية تتداخل مع الأحداث السلبية المهمة وتسهم في بداية واستمرار اليأس، وهي:

١- عزو الأحداث السلبية المهمة إلى أسباب ثابتة وشاملة بمعنى أن ينسب الفشل دائماً إلى ذاته والنجاح إلى أسباب خارجية.

٢- الميل إلى الاستنتاج بأن الأحداث الضاغطة لا يمكن مواجهتها أو علاجها أو تغييرها، وأن هذه الأحداث لها آثار سلبية ممتدة على حياة الفرد ومستقبله.

٣- استخلاص أحكام تتعلق بالشعور بعدم القيمة والعجز، وتعميم هذه الأحكام على المواقف المختلفة، وتحريف كل ما يرد له في الاتجاه السلبي مما يشكل اتجاهاً سلبياً نحو الذات والآخرين والمستقبل، أو ما أطلق عليه بيك الثالوث المعرفي لليأس. The cognitive traid of hopelessness *(Abramson et al., 1989)*

أما *بيك وآخرون (Beck et al., 1979)* فيقدمون نظريتهم في اليأس مشيرين إلى أن اليأس هو التوقعات السلبية التي يتم تعميمها على الحاضر والمستقبل، وهو يمثل أساس الاكتئاب والمحاولات الانتحارية والانتحار الفعلي. ويمثل اليأس رؤية مرضية Pathological view للذات التي لا يحترمها الفرد أو الواقع الذي يضع العقبات أمام تحقيقه لأهدافه أو المستقبل الذي لا أمل فيه. ويرى بيك أن اليأس ينشأ من الظروف الضاغطة التي لا يمكن تعديلها مثل (الفقر والفشل في الدراسة والفشل في العلاقات والخلافات الأسرية المزمنة وعدم وجود ما يدعو للتوقعات الإيجابية في الحاضر أو المستقبل وموت أحد الوالدين والبطالة) مما يؤدي إلى اعتقاد الفرد بعدم قيمته، وعدم جدوى ما قد يقوم به لتغيير الواقع. ويؤدي إلى الشعور باليأس- أو يزيد منه – وجود بعض المعتقدات اللاعقلانية التي تقبع في الخلفية المعرفية للفرد وتؤثر على تفكيره وتخيله مثل *(لا يوجد ما يمكن أن أتطلع إليه أو أحققه في المستقبل – لا يوجد مجال للتفاؤل – الحياة لا تستحق أن نحياها – أسرتي لا تحبني وتريد موتي – لا شئ ولا هدف يستحق المحاولة – الظروف الحالية لن تتغير وسوف تكون أسوأ في المستقبل)* ومثل هذه الأفكار تؤدي إلى انخفاض تقدير الذات وإلى مزيد من اليأس والتشاؤم، وقد يحدث أن يصرح الوالدان أو أحدهما أمام أبنائهما بقصد أو بدون قصد برغبتهما في موت أبنائهما، أو أنهم السبب في المشكلات التي يعانيان منها، مما قد يؤدي إلى عدم الرغبة في الاستمرار فتي الحياة لدى بعض الأبناء.

(Beck et al., 1979: 212 - 222)

***

الفصل الخامس

اضطرابات الإخراج

أولاً : التبول اللاإرادي

- التعريف
- مدى انتشار الاضطراب
- أشكال التبول اللاإرادي
- أسباب التبول اللاإرادي
- الآثار المترتبة على التبول اللاإرادي
- علاج التبول اللاإرادي

ثانياً: التبرز اللاإرادي

- التعريف
- معدل الانتشار
- الأسباب
- الآثار المترتبة على التبرز اللاإرادي
- العلاج

الفصل الخامس

اضطرابات الإخراج

Elimination Disorders

تعد عملية ضبط الإخراج خطوة هامه فى تاريخ النمو النفسى للفرد، تؤثر على شخصيته وعلى توافقه النفسي والاجتماعي فيما بعد، ويتوقف هذا التأثير على عمر الطفل ومدى نضج جهازه العصبي والعضلي وعلى طريقة معاملة والديه له خاصة الطرق المتبعة فى ضبط الإخراج ويمكن تعريف اضطرابات الإخراج على أنها "خروج البول أو البراز فى أوقات وأماكن غير مناسبة لذلك، ولا يتناسب ذلك مع مستوى نضج الطفل".

أولاً: التبول اللاإرادى:

التبول عملية دورية تحدث استجابة لتراكم السائل البولي فى المثانة، حيث تزداد كميته بالتدريج حتى تصل المثانة إلى العتبة الفارقة Threshold التى يبدأ بعدها استدعاء الاستجابات التى تؤدى إلى تفريغ هذا القدر الذى لم تعد المثانة قادرة على تحمله، ثم تبدأ الدورة من جديد، والاستجابة هى انقباض عضلات المثانة وانبساط العضلات القابضة.

(محمد غالى، رجاء أبو علام ١٩٧٤، ٥٦١)

ويفسر التبول اللاإرادى فسيولوجياً بأنه عندما يزداد الضغط داخل المثانة، ترسل مستقبلات الضغط الموجود بجدار المثانة تنبيهاً إلى الحبل الشوكى ومنه إلى المخ الذى تصدر عنه رغبة التبول، فإذا كانت الظروف غير مواتية فإن قشرة المخ ترسل إشارات أو نبضات تزيد من مرونة المثانة وإحداث ارتخاء بها مما يخفض الضغط داخلها، أما إذا كانت الظروف مناسبة فإن القشرة المخية ترسل إشارات إلى المنطقة العجزية من الحبل الشوكى التى تصل عبر الأعصاب المسببة للانتصاب فتنبه جدار المثانة وترتخى العضلة العاصرة الداخلية، وترتخى عضلات المنطقة الشرجية وتنقبض عضلات جدار البطن ويهبط الحجاب الحاجز مع الوقوف المؤقت للتنفس فيزيد الضغط داخل البطن فيضغط على جدار المثانة من الخارج مما يزيد الضغط داخلها ويؤدى إلى التفريغ.

ومن الملاحظ أن ٧٥٪ من الأطفال الذين لديهم التبول اللاإرادى، كان لديهم قريب من الدرجة الأولى يعانى من نفس الاضطراب، كما أن هذا الاضطراب أكثر انتشاراً بين التوائم المتماثلة عن التوائم غير المتماثلة، كما أن التبول اللاإرادى النهارى نسبته أقل

من التبول اللاإرادى الليلى وإن كان التبول اللاإرادى النهارى نسبته أعلى لدى الإناث مقارنة بالذكور. *(زكريا الشربينى ٢٠٠١ : ٥٥)*

تعريف التبول اللاإرادى:

هو عدم القدرة على التحكم فى انسياب البول ليلاً أو نهاراً أو ليلاً ونهاراً معاً لدى طفل تجاوز عمره ٥ سنوات دون أن يكون سبب عدم القدرة على التحكم فى البول نتيجة لخلل عضوى أو اضطراب عصبى أو التهابات فى مجرى البول، وينبغى أن يتكرر التبول اللاإرادى لمرتين فى الأسبوع، وعلى الأقل ثلاث مرات فى الشهر ويسبب خللاً فى العلاقات الاجتماعية والحياة المدرسية والعمل وما إلى ذلك.

مدى انتشار الاضطراب:

تقل معدلات حالات التبول اللاإرادى بتقدم العمر حيث ينتشر بنسبة ٨٢٪ فى سن عامين، ونسبة ٤٩٪ لثلاث سنوات، ٢٦٪ لأربع سنوات، ٧٪ لخمس سنوات ويستطيع معظم الأطفال أن يتحكموا فى المثانة بدخولهم المدرسة، عدا الذين توجد لديهم مشكلات جسميه أو نفسيه تستوجب العلاج. *(عبد الله عسكر ٢٠٠٥ : ٧٥، محمد سعفان ٢٠٠١ : ٢١١)*

وتختلف الشكوى من التبول اللاإرادى وفقاً لاختلاف المستويات الاجتماعية والثقافية والإقتصادية وطبقاً لأساليب التدريب على الإخراج ومدى رفض أو قبول الاضطراب.

أشكال التبول اللاإرادى:

يشير *زكريا الشربينى (٢٠٠١ - ٥٥ : ٥٦)* إلى أن أهم أشكال التبول اللاإرادى هى:

١- التبول اللاإرادى منذ المولد:

فمنذ ولادة الطفل لا يتمكن من ضبط التبول، ربما لعدم الوصول إلى مرحلة من النضج العضوى. وهذا النوع أكثر انتشارا بين الأطفال وتصل نسبته إلى ٨٦٪ تقريبا فى المتوسط بين حالات التبول اللاإرادى. وللعامل النفسى أو التربوى دور ضئيل فى ظهور هذا النوع مقار■ بالعامل العضوى.

٢- التبول اللاإرادى الانتكاسى Relapse (المؤقت):

وفى هذا النوع نجد الطفل يصل فى مرحلة من عمره إلى التحكم فى عملية التبول بشكل جيد جداً وذلك لفترة ربما ستة أشهر أو سنة مثلاً بعدها يعود للتبول اللاإرادى، وتتراوح نسبة إنتشار هذا النوع بين ٢,٥٪ ، ٥٪ من حالات التبول اللاإرادى.

٣- التبول اللاإرادى الليل – نهارى Nocturnal - Diurnal :

وتُطلق هذه التسمية على الأطفال الذين يتبولون لا إرادياً فى الليل وأيضا فى النهار، وتصل نسبة حالات هذا النوع إلى ما يقرب من ثلث حالات التبول اللاإرادى.

٤- التبول اللاإرادى الليلى Nocturnal:

تُطلق هذه التسمية على الأطفال الذين يتبولون لا إرادياً فى الليل، وأغلب الأطفال من هذا النوع يحلمون أنهم وسط بانيو أو بحر وربما يحلمون بأنهم داخل دورة مياه يمارسون التبول بطريقة عادية. وتصل نسبة حالات التبول اللاإرادى الليلى إلى ما يقرب من ثلثى حالات التبول اللاإرادى عموماً (٦٦٪) تقريبا.

٥- التبول اللاإرادى النهارى Diurnal:

وتطلق هذه التسمية على الأطفال الذين يتبولون لا إرادياً فى النهار أو خلال ساعات اليقظه.

٦- التبول اللاإرادى المرافق للأحداث Episodic:

ويحدث لدى بعض الأطفال فى مناسبات محددة، مثل الامتحانات أو سفر الأب بدون وجود الطفل معه أو الاحتفال بعيد ميلاد أخيه الأصغر.

التشخيص:

أورد الدليل التشخيصى الاحصائى للأمراض النفسية فى طبعته الرابعة أهم المحكات التشخيصية للتبول اللاإرادى كما يلى:

١- التخلص المتكرر من البول فى الفراش أو الملابس (سواء كان ذلك لا إرادياً أو مقصوداً).

٢- أن يتكرر الحدث مرتين أسبوعياً لمدة ٣ شهور متتالية على الأقل.

٣- التأثير على العلاقات الاجتماعية والدراسية (العمل).

٤- يكون العمر ٥ سنوات على الأقل.

٥- لا يكون الاضطراب بسبب الأدوية المدرة للبول أو نوبات صرع أو عدم القدرة على التحكم فى الأعصاب أو التهابات فى مجرى البول أو بسبب مرض السكر.

أسباب التبول اللاإرادى:

أ) أسباب فسيولوجية:

- ومن أهمها التهاب حوض الكلية، التهاب المثانه أو التهاب الحالب، أو حصوات الكلى والمثانه، ضعف صمامات المثانه، صغر حجم المثانه، وجود طفيليات كالاسكارس والانكلستوما والبلهارسيا. *(محمود حموده ١٩٩١ : ٢٤٩)*
- عدم نضج الجهاز العصبى المستقل المسئول عن التحكم فى التبول.
- تضخم اللوزتين والزوائد الأنفية وهى تؤدى إلى صعوبة فى التنفس أثناء النوم مما يؤدى إلى الإجهاد وعدم الراحة والاستغراق فى النوم مما يؤدى إلى تفريغ المثانه أثناء هذا الاستغراق.
- الحالة العضوية العامة كالانهاك العصبى وفقر الدم ونقص الفيتامينات مما يؤدى إلى عدم السيطرة على عضلات المثانه.
- عدم كفاية التدفئه وشرب كمية كبيرة من السوائل قبل النوم.

(حسن مصطفى ٢٠٠١ : ١٠١ - ١٠٢)

ب) الأسباب النفسية:

١- محاولة الطفل جذب إهتمام الوالدين إليه وخصوصاً إذا حدث ما يحول اهتمامهما عنه مثل وصول ضيف جديد أعنى المولود الجديد.

٢- محاولة الطفل إثارة أبيه وأمه اللذين يميلان إلى السيطرة والتحكم فى تصرفاته فيجد لذة لا شعورية عندما يقوم بممارسة هذه اللعبة المسلية التى يتضايق منها الوالدين.

٣- عقب شفاء الطفل من مرض كان فى أثنائه محور اهتمام أهله، فعندما يشعر الطفل بإختفاء موجة الاهتمام بعد شفائه يسعى لاكتسابها من جديد بشتى الوسائل ومنها التبول اللاإرادى.

٤- الخوف من الظلام أو من الحيوانات أو من القصص المزعجة أو من التهديد.

٥- فقد الشعور بالأمن، فتصبح حياة الطفل قلقة وتظهر مع التبول حالات التهتهة والجبن وضعف الثقة بالنفس والميل إلى التخريب ونوبات الغضب.

٦- اعتماد الطفل على أمه وحاجته للالتجاء إليها، يجعل من التبول حيلة لاشعورية تساعد الطفل على تحقيق ما تعوده من اهتمام أمه الشديد بجميع طلباته.

(كلير فهيم ١٩٩٣ : ١٤٥)

ج) أسباب تربوية واجتماعية مساعدة:

- تقصير الوالدين فى تدريب الطفل على ضبط الإخراج، أو عجزهما فى إكسابه هذه العادة، مع مبالاتهما بمراقبة الطفل وإيقاظه ليلاً فى الأوقات المناسبة لقضاء حاجته وإرشاده إلى مكان الحمام.
- الاهتمام البالغ فى التدريب على النظافة وضبط الإخراج واتباع أساليب غير تربوية (الضرب – الحرمان – السخرية) من أجل ضبط التبول.
- التساهل مع الطفل وحمايته أو الصمت عندما يحدث التبول اللاإرادى مما قد يفسره الطفل على أنه إهمال أوإقرار لهذه العادة السيئة.*(حسن مصطفى ٢٠٠١: ١١٠)*
- وجود دورة المياه خارج المنزل أو فى دور أسفل أو يكون الطريق إليها مظلماً فلا يتشجع الطفل على الانتقال إليها خاصة فى الليالى البادرة، وتبدأ عادة التبول اللاإرادى ثم تستمر مع الطفل. *(كلير فهيم ١٩٩٣: ١٤٣)*

الآثار المترتبة على التبول اللاإرادى:

١- الشعور بالنقص (وعدم الثقة) واليأس.

٢- الشعور بالخوف والقلق.

٣- الشعور بالخجل والذنب.

٤- وجود حساسية شديدة ويظهر من خلال التأثر والانفعال لأقل الأسباب.

٥- الميل للبكاء كثيراً والشعور بالإكتئاب.

٦- الميل للعزله الاجتماعية.

٧- تجنب الاشتراك فى الأنشطة.

٨- الميل للبقاء فى المنزل تجنباً لأى ظروف تحدث فيها المشكلة خاصة إن كان التبول اللاإرادى نهاراً.

٩- انخفاض فى التحصيل الدراسى.

١٠- اضطرابات الكلام مثل اللجلجة.

١١- قضم الأظافر أو مص الأصابع.

١٢- السلوك العدوانى وما يصاحبه من غضب وعناد وتخريب.

١٣- مقاومة الذهاب إلى المدرسة (محمد سعفان ٢٠٠١ : ٢١٢)

ويشير محمد *أيوب شحيمى (١٩٩٤ : ١١٧)* أن الذى يزيد الأمر تعقيداً بالنسبة للطفل أن الأهل يعتبرون المسألة بالنسبة لهم مشكلة، وهم لا ينفكون يفتشون لها عن حل،

فيعرضون الأمر على الجيران، أو الأطباء، أو المهتمين بالأمور النفسية والتربوية، فيشعر الطفل إزاء ذلك بعقدة الذنب، إلى جانب ما يعانيه من مشاعر أخرى، فهو يعتقد أنه وضع أهله في أزمة ربما هم بغنى عنها. ومن أكثر ما يهدد صحة الطفل النفسية "الشعور بأنه أصبح طفلاً لا يرغب فيه أحد من الآباء، أو يعتقد أنه قد أصبح طفلاً منبوذاً". ويتحمل الأهل في كل ذلك كامل المسؤولية، على استمرار التبول اللاإرادي، والنتائج المترتبة عليه.

علاج التبول اللاإرادي:

والخطوة الأولى في حالة ظهور التبول اللاإرادي هو فحص الحالة الجسمية ثم التيقن من سلامة الجسم من كل ما يكون عاملاً فعالاً أو مساعداً على عملية التبول ليلاً، أما إذا إستمر التبول بعد العلاج الجسمي أو إذا تبين أنه بعد الفحوص اللازمة لا يوجد أي مرض عضوي، فالتبول اللاإرادي يكون وظيفياً أو نفسياً، ونظراً لتعدد أسباب التبول اللاإرادي تتعدد أيضا الطرق العلاجية المستخدمة معه:

١) العلاج الأسري:

حيث يتم إرشاد الوالدين إلى تهيئة جو أسري آمن للطفل تقل فيه المشاجرات والتفرقة في المعاملة بين الأخوه وعقاب وتأنيب الطفل. ويحاول الوالدان تشجيع الطفل على استعادة ثقته بنفسه واتهامه بأن هذه العادة بسيطة وأن له دوراً مهماً في التخلص منها وقد أشار عبد العزيز القوصي (١٩٧٦) إلى أن للأسرة دور اً وقائياً وعلاجياً في حالات التبول اللاإرادي من خلال بعض القواعد البسيطة مثل:

١- اتباع نظام دقيق لمواعيد التبول.

٢- تعويد الطفل نهاراً ضبط نفسه مدة كافيه وذلك بالمباعدة بين أوقات ذهابه للتبول نهاراً حتى يستطيع بعد تمرنه أن يتبول مرة كل ٤- ٥ ساعات.

٣- تعويد الطفل على الاستيقاظ ليلاً بعد ذهابه للنوم بساعتين ثم بعد ٣ ساعات، ويمكن للأم أن تكتشف الوقت المناسب لإيقاظ الطفل وتعويده على ذلك.

٤- منع السوائل والأكلات التي تتطلب شرب كميات من الماء قبل النوم (المواد شديدة الملوحة – الحلاوة ... الخ).

٥- أن تكون دورة المياه والطرق المؤدية إليها مضاءة.

٦- وضع ضوء خافت في غرفة نوم الطفل إذا كان يخاف من الظلام، أو وضع إناء خاص بالتبول بجوار سريره.

٧- إبعاد الضغوط النفسية عن الطفل وعدم معايرته أو عقابه ومحاولة أن يقوم من الفراش غير مبلل حتى يغير من مفهومه لذاته ويقلل من الشعور بالقلق والذنب.

٢) العلاج بالتحليل النفسي:

من خلال استخدام اللعب والرسم وتخفيف الصراعات التي يعاني منها الطفل والتقليل من الخوف والقلق والشعور بالذنب والدونيه والخجل، ويمكن من خلال العلاج أن يستعيد الطفل توزانه النفسي حتى لا يحقق مكاسب من التبول اللاإرادي (عدم الذهاب إلى المدرسة مثلاً).

٣) العلاج السلوكي:

وفيه يتم استخدام عدة طرق من أهمها:

- تكوين فعل منعكس شرطي من خلال سرير مجهز لهذا الغرض، حيث يتم توصيل جرس رنان بالفراش عند المنطقة البولية، فإذا بدأ الطفل في التبول تتصل الدائرة الكهربائية آلياً فيضرب الجرس فينتبه الطفل، ويستيقظ، ومع الوقت يتعلم الطفل الاستيقاظ عند الشعور بامتلاء المثانه، والاستغناء عن الجهاز حيث يتعود الطفل الا ستيقاظ وحده عند امتلاء المثانه.
- وتوجد طرق أخرى للعلاج السلوكي أشار إليها عبد الستار إبراهيم وعبد العزيز الدخيل ورضوى إبراهيم عن طريق المدعمات حيث يتم عمل جدول ما بأيام الأسبوع ويُعلق الجدول في مكان بارز، ويتم شراء بعض الهدايا البسيطة التي يحبها الطفل وفي كل مرة (يوم - أو ليل) لا يبلل فيها الطفل نفسه يُعطى نجمه، وهذه النجمة أو عدد من النجوم يساوي هدية يحبها الطفل، مع امتداح سلوك الطفل علناً أمام كل أفراد الأسرة وتشجيعه ومساندته.

٤) العلاج الدوائي:

عن طريق إعطاء بعض مضادات الاكتئاب لتنظيم الجهاز العصبي المستقل لتحقق ضبط المثانه.

ثانياً: التبرز اللاإرادي Encopresis

التعريف:

وفقاً للدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطربات النفسية، فإن التبرز اللاإرادي هو "تكرار إخراج البراز في أماكن غير ملائمة (مثل الملابس أو الأرض) سواء كان ذلك مقصوداً أولاً إرادياً.

التشخيص:

وفقاً للدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية الرابع DSM-IV يشخص التبرز اللاإرادى عندما تمر الفضلات إلى مواضع غير مناسبة وبطريقة منتظمة (على الأقل مرة فى الشهر) وذلك لمدة ٣ شهور.

وفيما يلى المحكات التشخيصية للتبرز اللاإرادى:

أ- إخراج الفضلات بصورة متكررة فى مواضع غير مناسبة (كالملابس أو الأرضية) سواء كان ذلك إرادياً أو عمداً.

ب- الحدث يحدث مرة فى كل شهر ولمدة ٣ شهور على الأقل.

ج- العمر الزمنى على الأقل ■ سنوات (أو مستوى نمو معادل).

د- أن هذا السلوك يكون غير راجع بصفة استثنائية لآثار فسيولوجية مباشرة للعقاقير أو للحالة الصحية العامة (ماعدا فى حالة الميكانيزم المتعلق بالإمساك).

(أمينه السماك وعادل مصطفى ٢٠٠١ : ٧٩)

معدل الانتشار:

يتحكم الطفل فى عملية التبرز فى سن ١,٥ – ٢ عام وهو أقل شيوعاً بين الأطفال عن التبول اللاإرادى. ويستطيع ٩٥٪ من الأطفال التحكم فى التبرز عند سن الرابعة، ٩٩٪ عند سن الخامسة.*(حسن مصطفى ٢٠٠١ : ٩٠)*

كما يشيع هذا الاضطراب بكثرة لدى الذكور بنسبة (١,٥٪) عنه لدى الإناث بنسبة (٠,٥٪) فى الأعمار من ٧-٨ سنوات ونسبة ١,٣٪ لدى الذكور، ٠,٣٪ لدى الإناث فى الأعمار ١٠ – ١٢ سنه.*(عبد الله عسكر ٢٠٠٥ : ٨١)*

الأسباب:

أولى التحليل النفسى التقليدى اهتماماً خاصة بالمرحلة الشرجية التى تتسم بالقبض أو الإمساك والإلقاء حيث ينتظم الليبيدو أو الطاقة النفسية الباعثة على اللذة فى منطقة الشرج، تلك التى تتسم بالعناد والقلق الاضطهادى والخوف الغامض من الاعتداء عليه من الخلف كأساس لاضطراب البارانويا. *(عبد الله عسكر ٢٠٠٥ : ٨٠)*

وهناك أسباب أخرى انفعالية وفسيولوجية ترتبط بالتبرز اللاإرادى ومن أهمها:

١- عدم الكفاءة فى التحكم العضلى القابض.

٢- نقص أو عدم التدريب الكافى والمناسب على ضبط الإخراج.

٣- القسوة والعقاب أثناء تدريب الطفل على ضبط الإخراج.

٤- الخوف من الذهاب إلى التواليت أو فشل الطفل وعدم قدرته على استخدام التواليت بشكل صحيح.

٥- غيرة الطفل بسبب ميلاد طفل جديد.

٦- التثبيت على المرحلة الشرجية التى ينتج عنها الميول العدوانية والنزعات التدميرية لدى الطفل تجاه الأبوين أو من يقوم بتدريبهم على ضبط عملية التبرز ومن ثم يتبرز فى أماكن غير مخصصة أو قد يلطخ نفسه أحياناً بالبراز.

٧- الانفصال عن الأم أو عن الأب.

٨- انفصال الوالدين وما ينتج عنه من توتر أسرى.

٩- قد يكون التبرز اللاإرادى نتيجة للضغوط النفسية الناتجة عن محل السكن أو بدء العام الدراسى الجديد، أو دخول المستشفى.

١٠- قد يرجع التبرز اللاإرادى إلى إصابة الطفل بتشتت الانتباه ونقص القدرة على التركيز وكذلك النشاط الزائد.

ولكن يجب علينا أن نشير إلى حقيقة أن اضطراب التبرز اللاإرادى تتفاعل وتتداخل فيه كل من العوامل العضوية والعوامل النفسية فى حدوثه، فقد يكون الطفل لديه تحكم تام فى العضلات القابضة فى الأمعاء ولكنه مع ذلك بسبب بعض العوامل النفسية كالخوف والقلق والإحباط يعانى من اضطراب التبرز اللاإرادى.

الآثار المترتبة على التبرز اللاإرادى:

١- اشمئزاز ونفور الكبار من الطفل.

٢- الشعور بالنبذ من الآخرين.

٣- الشعور بالخجل وعدم الثقة.

٤- الميل للعزله الاجتماعية تجنباً لنفور الآخرين خاصة الأقران.

٥- الاكتئاب.

٦- انخفاض تقدير الذات.

٧- تجنب الاشتراك فى الأنشطة مع الآخرين.

العلاج:

١- العلاج الطبي:

وفي حالة الأطفال الذين ليس لديهم القدرة على التحكم في العضلات القابضة عندئذ لابد من علاجهم أولاً عن طريق الأدوية والعقاقير والمسكنات وبعض الأدوية الملينة.

٢- العلاج النفسي التحليلي:

من خلال استخدام التحليل النفسي يتم التشخيص من خلال اللعب والرسم واختبار تفهم الموضوع للاطفال CAT لمعرفة الصراعات والمشكلات التي يعاني منها الطفل، ومساعدته في التعبير التلقائي من الانفعالات والمشاعر وحل الصراعات.

٣- العلاج السلوكي:

يمكن استخدام العلاج السلوكي التدعيمي من خلال إثابة الطفل عندما يستطيع التحكم في عملية التبرز، ومع تطور الأساليب العلاجية أمكن استخدام أسلوب التغذية المرتدة أو البيوفيدباك من خلال تعلم السيطرة على حركة الأمعاء والعضلة الشرجية القابضة، حيث يمكن لهذا الأسلوب التدريبيّ مع التدريب على الاسترخاء أن يحقق نتائج طيبة في سيطرة القدرات المعرفية على الاضطرابات الفسيولوجية. وفي أحيان كثيرة تكون هذه الحالة مجرد عرض لاضطراب نفسي أو لصراع نفسي قد يزول بزوال أسبابه النفسية.

٤- العلاج الأسري:

وذلك باتباع فنيات العلاج الأسري التي تساعد الوالدين على تقبل وتفهم اضطراب ابنهم، وتعلم أساليب معاملته الصحيحة، وعدم إهانته أمام أخوته أو أمام الآخرين، كذلك عدم تخويفه أو عقابه أو تأنيبه وأن توفر له جواً من الحب ومن الأمان وذلك بتجنب الصراعات بين الوالدين أو بين الأخوة، وعدم التفرقة بينه وبين اخوته في المعاملة.

كما تنصح الأسر بعدم استخدام العقاب، والشدة أو إشعار الطفل بالخزى وتعريف الأسرة أن هذا الأمر عبارة عن عرض سوف يختفي، كما أن تشجيع الطفل من قبل الأسرة ومنحها المكافآت له عند احتفاظه بنفسه نظيفاً لها أثر جيد على اختفاء العرض مع لفت نظر الأسرة لتأثير المشاكل الأسرية والعلاقة بين الزوجين والأحداث العائلية على ذلك الأمر.

***

الفصل السادس

القــلق

أولاً : تعريف القلق

ثانياً: القلق بين التوجهات النظرية المختلفة

ثالثا : عوامل الخطورة فى ظهور القلق

رابعاً: أعراض القلق

الفصل السادس

القلق Anxiety

القلق من أكثر الاضطرابات الانفعالية انتشاراً في مرحلة الطفولة بحيث يمكن القول أنه "عصاب الطفولة" ففي معظم حالات الاضطراب لدى الأطفال نجد أن الطفل يعاني من القلق. والقلق خبرة إنسانية لها قيمة بقائيه، حيث يعمل القلق كنظام تحذيري يساعد الفرد على تعبئة طاقته لمواجهة أي أخطار في الواقع الخارجي مما يعني أن المستويات المعقوله من القلق لها قيمة بقائية ووقائية تحمي الطفل وتقيه من الخطر، بينما المستويات المرتفعة من القلق تؤدي إلى توقع مستمر للخطر والشر مما يؤدي إلى خلل معرفي وانفعالي، كما أن المستويات المنخفضة من القلق ترتبط بالتبلد واللامبالاه لدى الطفل مما يعني الفشل في الدراسة والحياة.

أولاً: تعريف القلق:

١- حالة معممة (Generalized) من التوتر والضيق والتوجس تنشأ من تهديد الذات أو تنشأ عن الصراع والإحباط والضغوط التي تحاول دفع الفرد إلى مستوى أبعد عما تتحمله قدراته. (ممدوحة سلامة، عبد الله عسكر ١٩٩٥ : ٧٢)

٢- القلق حالة توتر شامل نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصحبها خوف غامض وأعراض جسمية ونفسية (حامد زهران ١٩٩٤).

ويرى *ليونسون (Lewinsohn, 1998)* أن قلق الأطفال يختلف عن قلق الراشدين وذلك بسبب عدم نضج الأطفال واعتماديتهم وخبراتهم المحدودة في الحياة، بالإضافة إلى تعرضهم لتغيرات كثيرة قد تمثل ضغوطاً بالنسبة لهم (الالتحاق بالحضانة، بداية دخول المدرسة، عودة الأم للعمل، الانتقال إلى منزل جديد، وفاة أحد الوالدين ، سوء العلاقة بين الوالدين ... الخ) مما قد يؤدي إلى شعور الطفل بالقلق والعجز.

(Lewinsohn, 1998 : 109 - 117)

ثانياً: القلق بين التوجهات النظرية المختلفة:

١- القلق في التحليل النفسي:

أشار فرويد إلى أن القلق هو محور الصراع العصابي، وأن القلق هو العامل الرئيسي للعصاب، وأشارت كارين هورني إلى أن الشعور بعدم الأمن النفسي يؤدي إلى القلق الأساسي Basic Anxiety وقد أطلقت عليه القلق الأساسي لأنها أساس القلق، ولأنه

ينشأ فى المرحلة الأولى من حياة الطفل نتيجة لاضطراب العلاقة بين الطفل ووالديه، وترى هورنى أن القلق يرجع إلى الشعور بالعجز والعدوان والعزله، وهذه العوامل ناشئة عن الشعور بعدم الأمن النفسى. *(Dicaprio, 1994 : 317 - 319)*

٢- القلق فى السلوكية:

حين يحاول السلوكيون البحث فى أسباب القلق فإنهم ينظرون عادة إلى العوامل الخارجية، مؤكدين على أن أعراض القلق ما هى إلا استجابات تم اكتسابها فى مواقف مثيرة أو مؤلمة، وبذلك فالقلق خوف مكتسب يتم تشريطه تشريطا كلاسيكيا لعدد من المثيرات الخارجية، وبما أن القلق خوف مكتسب فإنه يمكن إ بطاله عن طريق إعادة التشريط أو فك التشريط. *(ممدوحة سلامه وعبد الله عسكر ١٩٩٢، ٦٣)*

وفى هذا يرى *دولارد وميللر* *(Dollard & Miller, 1952)* أن القلق دافع مكتسب أو قابل للاكتساب وهو يرتبط بفكرة الصراع الانفعالى الشديد ولكن الصراع هنا شعورى وينتج من خلال التنشئة الاجتماعية، فالطفل يقلقه احتمال فقدان حب الأبوين.
(Mischel, 1981: 521)

٣- القلق لدى المعرفيين:

يشير *كلارك وآخرون* *(Clark, Beck & Brown, 1989)* إلى أن خبرات الطفولة المؤلمة تجعل الطفل يكون صيغة سلبية إجمالية عن الذات Negative-Self-Schema تظهر فى تركيز الطفل انتقائياً وتخيله وترديده للأفكار التى تتضمن توقعاً للمخاطر والتهديد، مما يجعله يحرف كل الخبرات التى يمر بها فى إتجاه التوقع المستمر للخطر، فيصبح الخوف من خطر كامن فى الموقف، أو خطر قادم من المستقبل، وهذا التوقع المستمر للخطر يتدخل فى تقييم الفرد للمواقف المثيرة للقلق تقييماً موضوعياً فهو يبالغ فى تقدير الخطر الكامن فى الموقف، ويقلل من قدرته على مواجهة هذا الخطر، مما يجعله فى حالة قلق مستمر، وهذا جعل بيك يعتقد أن توقع الكوارث وتوجس الفرد هو مؤشر هام ذو دلالة للتنبؤ بالقلق.

(Clark, Beck & Brown, 1989: 458 – 464; Greenberg, 1989: 25 – 26).

٤- القلق لدى شبيلبرجر : Spielberger

أشار *شبيلبرجر* إلى أن سمة القلق تتوقف بصفة أساسية على علاقة الطفل بوالديه، فالظروف الأسرية القاسية الى يشعر فيها الطفل بالحرمان من العطف وبالنبذ وعدم التقبل، ويشعر بعدم الأمن، وكذلك الخلافات المستمرة بين الوالدين تجعل الطفل يشعر بعدم الأمن وعدم الثقة وانخفاض تقدير الذات، كما أن شعوره بعدم الكفاية وعدم الثقة

يجعله يبالغ فى تقدير الأخطار مما يرفع مستوى القلق لديه على شكل حالة قلق وحالة القلق تكون متناسبة مع إدراك الفرد للتهديد وثبات تفسير الفرد للموقف على أنه مهدد.
(Spielberger, 1978, PP 33 - 49)

٥- مايكل راتر:

يرى *راتر (Rutter, 1975 : 219)* أنه كلما كانت علاقة الطفل بالآخرين خاصة الوالدين غير مستقرة كان أكثر قلقاً، فهو إذا لم تتوافر لديه الثقة فى أنه محبوب ومرغوب من أبويه، وإذا كان فى شك من امكانية تواجدهما عند الحاجة إليهما، فغالباً ما يصبح عرضة للقلق، ويزداد الشعور بالقلق وعدم الأمن عندما يصبح من يحبهم الطفل ويعتمد عليهم هم أنفسهم مصدر التهديد والعقاب.

ثالثاً: عوامل الخطورة فى ظهور القلق عند الأطفال :

أ- التهديد المستمر للطفل: وذلك عن طريق سماعه التهديد الذى يوجه إليه فتكون النتيجة أن تمتلئ نفس الطفل بالخوف والانزعاج والقلق.

ب- تكرار تعرض الطفل لمواقف الخوف والخطر: فيصبح القلق والخوف من مكونات الشخصية، ويحدث ذلك عندما يكون أحد الأبوين قاسياً أو كارها للطفل، يعاقبه ويهدده كثيراً بدرجة تجعل الطفل فى خوف دائم.

ج- إذا كان أحد الأبوين مصاباً بالقلق: ينتقل القلق إلى الأطفال نتيجة لتصرفات الأم أو الأب المضطرب وفى هذا الإطار تشير هوك (Hock, 1989) إلى ارتباط زيادة أعراض القلق لدى الأطفال بزيادة أعراض القلق لدى الوالدين.

د- إذا تعرض الطفل إلى صعوبات متكررة فى الحياة أو فشل فشلاً متكرراً دون أن يجد من يساعده ويوجهه.

هـ- يحدث القلق فى مواقف الصراع اللاشعورى: فكثيراً ما يجد الطفل نفسه غير قادر على تحقيق الكثير من احتياجاته، فيكبت هذه الحاجات غير المشبعة فى اللاشعور، وقد ربط فرويد بين القلق وعدم القدرة على تخطى الموقف الأوديبى.

و- الخلافات المستمرة بين الوالدين والتهديد بالانفصال أو الانفصال الفعلى .

رابعاً: أعراض القلق لدى الأطفال:

يرى *أحمد عبد الخالق ومايسه النيال (١٩٩٠ : ٧٢٩ - ٨٤٧)* أن الأطفال المصابين بالقلق يتسمون بالحساسية الزائدة، والمخاوف غير الواقعية، والخجل والجبن، وعدم الكفاية

الشخصية والاجتماعية، والخوف من المدرسة، واضطراب النوم، ونقص الشعور بالثقة، وعدم المبادأة وزيادة الاعتمادية، وبشكل أكثر تفصيلاً فإن أعراض القلق تظهر فيما يلي:

أ- الأعراض الانفعالية:

- البكاء لفترات طويلة.
- النرفزه والعصبية وسرعة التهيج وسرعة الاستثارة.
- عدم الثبات الانفعالي.
- كثر الحركة وعدم الاستقرار.
- ارتفاع مستوى القلق قد يصل بالطفل إلى حاله من الهلع أو الرعب أو الفزع وأحياناً العجز.

ب- الأعراض الفسيولوجية:

- زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ومن ثم زيادة الادرينالين والنورادرينالين في الدم ومن ثم تظهر بعض الأعراض مثل اضطرابات النوم – الصداع – العرق – زيادة دقات القلب –جفاف الحلق – سرعة التنفس، اضطرابات المعدة وصعوبة البلع – اضطرابات الشهية– زيادة مرات التبرز والتبول.

ج- الأعراض المعرفية:

- عدم القدرة على التركيز.
- عدم القدرة على التذكر.
- عدم القدرة على الانتباه.
- عدم القدرة على تنظيم المعلومات (تشوش الذاكرة).
- التوقع المستمر للشر والخطر والكوارث سواء في الحاضر أو المستقبل (موت أو فقد أو انفصال من يحبهم – فشله الدراسي – حدوث مشكلة له... الخ).

د- الأعراض الاجتماعية:

الانشغال بتوقع الشر يعوق الطفل من إقامة علاقات اجتماعية سليمة وتظهر أعراض القلق فيما يلي:

- تجنب التفاعل مع الآخرين.
- نقص المهارات الاجتماعية بسبب التوجس والخوف من الآخرين.
- نقص توكيد الذات والثقة بالذات في المواقف الاجتماعية.

***

الفصل السابع
قلق الانفصال

أولاً : تعريف قلق الانفصال
ثانياً: معدل انتشار قلق الانفصال
ثالثا : المحكات التشخيصية
رابعاً: أسباب قلق الانفصال
خامساً: أعراض قلق الانفصال
سادسا: علاج قلق الانفصال

الفصل السابع

قلق الانفصال Separation Anxiety

فى السنة الأولى والثانية والثالثة من عمر الطفل يكون الخوف من الغرباء والأماكن غير المألوفة طبيعياً لدى معظم الأطفال، وسرعان ما تختفى هذه الأعراض عند نهاية السنة الثالثة إلا لدى بعض الأطفال الذين قد يعانون من أعراض قلق الانفصال التى تظهر فى الانسحاب الاجتماعي والحزن وصعوبة التركيز سواء فى الواجبات المنزلية أو المدرسية، والخوف المرضى من الذهاب إلى المدرسة والخوف من الحيوانات والأشباح والظلام... الخ. ويرى **بولبى** *(Bowlby, 1988 : 20)* أن قلق الانفصال يُعد فى الأصل هو المسئول عن كثير من اضطرابات الراشدين ، وتشير **هوك** *(Hock, 1989)* وكذلك بندر *(Bender, 1970)* إلى أن لقلق الانفصال قيمة بقائية Survival Value للطفل والكبير ، فبالنسبة للطفل فإنه يجعل الطفل يذهب إلى قاعدة أمنه "الأسرة" عندما يشعر بالخطر الخارجي مما يحافظ على حياته وبقائه ويحميه من الأخطار، وبالنسبة للأم فإن قلقها على طفلها طبيعي لأنه بيولوجي ولأنه جزء من الأمومة، وهو يساعد الأم على التوافق مع أدوارها الأمومية، ويساعدها على المحافظة على حياة طفلها، وهذا يساعد على بقاء النوع البشرى ككل.

أولاً: تعريف قلق الانفصال:

أ- تعريف بولبى: (Bowlby, 1973 : 205)

هو خبرة انفعالية معرفية لدى كل البشر وفى كل المراحل العمرية نتيجة لفقد أو تهديد بفقد موضوع معين للتعلق، والأطفال الذين عاشوا خبرات انفصال باكره هم أكثر احتمالية لاستمرار قلق الانفصال لديهم عبر مراحل الحياة التالية throughout life خاصة فى أوقات الأزمات والضغوط والفقد والظروف المهدده بالفقد.

ب- تعريف ولمان: (ولمان ١٩٩٥ : ٨٥)

ذلك القلق الذى ينتاب الطفل عند الانفصال عن أحد الوالدين أو كليهما أو عن القائم برعايته Caretaker وهو يرتبط بالخوف من الإ نفصال ومن مظاهره الاكلينيكية: الرغبة فى البقاء فى المنزل والخوف من الظلام، والخوف من الأماكن المفتوحة، والخوف من التغيير، والمواقف المفاجئة، بالإضافة إلى أعراض الاكتئاب والكوابيس التى تدور حول الانفصال.

ج- تعريف الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للأمراض النفسية:

هو قلق شديد بسبب الانفصال من الأفراد الذين تعلق بهم الطفل أو بسبب الانفصال عن البيت، وهذا الاضطراب يجب أن يستمر لمدة أربعة أسابيع على الأقل، وأن تكون بدايته قبل سن ١٨ سنة ويسبب حزناً شديداً وضرراً في نطاق الدراسة والعمل والعلاقات.

ثانياً: معدل انتشار قلق الانفصال:

يعتبر قلق الا نفصال غير قليل الشيوع برغم أنه لا توجد معدلات دقيقة لهذا الاضطراب. فقد قدرت نسبته في بعض الدول بين ٥-١٠٪ من الأطفال المحولين إلى العيادات النفسية *(محمود حموده ١٩٩١، ١٨٦)*. وهو ينتشر بدرجة أكبر عند صغار الأطفال عنها عند المراهقين، إذ تظهر الإصابة بالاضطراب في سن ما قبل المدرسة، وهو أكبر انتشاراً فيما بين سن ٧-٨ سنوات، ويقدر انتشار الاضطراب من ٣-٤٪ لمن هم في سن المدرسة من الأطفال، ١٪ للمراهقين. وينتشر الاضطراب بدرجة متساوية عند البنات والبنين، ويكثر بين أقارب الدرجة الأولى الذين أصيبوا به *(حسن مصطفى ٢٠٠١ : ٢٦٧)*. وقد أشار *عباس عوض ومدحت عبد اللطيف (١٩٩٠)* إلى عدم وجود فروق ذات دلاله إحصائية من متوسط درجات الإناث والذكور من الاطفال في قلق الانفصال حيث إن الأطفال من الذكور والاناث لا تختلف احتياجاتهما للوالدين ولحنانهما ورعايتهما، فالدفء الوالدى والمحبة العائلية والوفاق الوالدى هو ما يحتاجه الطفل ذكراً كان أم أنثى، كما أن الظروف المهدده بالانفصال تؤثر بنفس الدرجة أو بدرجة متقاربة على كل من الذكور والإناث، فالتأثر يكون بالتعرض للخبرة أو الخوف من التعرض لها وقد لا يتوقف على النوع.

ثالثاً: المحكات التشخيصية:

أورد لنا الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية المحكات التشخيصية التالية لاضطراب قلق الانفصال:

أ- النمو غير السوى والقلق البالغ حيال الانفصال عن المنزل أو عن الأفراد الذين يرتبط بهم الطفل، كما يبدو في ثلاثة أو أكثر مما يلي:

١- قلق بالغ ومتكرر عند الانفصال أو توقع الانفصال عن المنزل أو من يتعلق بهم الطفل.

٢- قلق بالغ متواصل عن إمكانية فقد أو ضرر محتمل لمن يتعلق بهم الطفل.

٣- قلق بالغ مستمر بأن حدثاً بغيضاً سيؤدى إلى الانفصال عن الأشخاص الذين يتعلق بهم الطفل مثل الفقد أو الاختطاف.

٤- المقاومة أو الرفض المستمر للذهاب للمدرسة أو أى مكان آخر خوفا من الانفصال.

٥- المقاومة أو الخوف الشديد والمستمر من أن يبقى وحيداً بمفرده فى غياب من يتعلق بهم فى البيت أو فى أماكن أخرى.

٦- المقاومة والمعارضة المستمرة للذهاب للنوم بعيداً عن من يتعلق بهم أو النوم خارج المنزل.

٧- تكرار كوابيس الانفصال.

٨- الشكوى المتكررة من الأعراض الجسمية مثل الصداع وآلام المعدة والقئ أو الغثيان عند الانفصال عن الآخرين أو توقعه.

ب- مدة الاضطراب ٤ أسابيع على الأقل.

ج- بداية الإصابة بالاضطراب قبل بلوغ ١٨ سنة.

د- يتسبب الاضطراب فى خلل أو قصور له دلالات اكلينكية فى الوظائف الاجتماعية والاكاديمية المهنية للطفل أو غيرها من النواحى الوظيفية الأخرى.

هـ- لا يحدث الاضطراب أثناء مسار اضطرابات النمو السائدة، أو الفصام، أو أى اضطراب ذهانى. *(أمينه السماك وعادل مصطفى ٢٠٠١ : ٨١-٨٢)*

رابعا : أسباب قلق الانفصال:

١- عوامل نفسية:

أشار *بولبى (Bowlby, 1980 : 229, 1988 : 30)* إلى أن قلق الانفصال يبدأ عندما يكّون الطفل صورة ذهنية للأم وهذا يتم فى سن ٦ شهور ويزداد قلق الانفصال باضطراب البيئة الأسرية (فقد أحد الوالدين طلاق - انفصال - خلافات) وكذلك ترك الأم لطفلها فترات طويله خلال السنوات الثلاث الأولى فى حياته (للعمل مثلاً) دون رعاية كافية فيتكون لدى الطفل اعتقاد بأن الأم إذا ذهبت فقد لا تعود فيبدأ الطفل فى التشبت بها والمعاناة من القلق الشديد والانزعاج لدى غيابها، وتظهر هذه الأعراض بشدة لدى غياب الأم عن الطفل أو لدى غياب وابتعاد الطفل عن الأم للذهاب إلى الحضانة أو المدرسة، حيث يبدأ الطفل فى البكاء الشديد والالتصاق بالأم وعدم الرغبة فى تركها وقد تظهر أعراض قلق الانفصال لدى الطفل فى شكل (الامتناع عن الذهاب إلى المدرسة، الإحجام عن النوم بمفرده،

تكرار الكوابيس المتعلقه بالانفصال والشكوى من أمراض عضوية). وقد يستمر قلق الانفصال فى مرحلة المراهقه مما يعوق المراهق عن تحقيق هويته واستقلاليته كما يستمر فى الرشد كما يشير *بتزير وهوك* (*Pitzer & Hock 1989 : 123 - 129*) ويظهر على شكل سمة Trait شخصيته منفردة تؤثر فى الصحة النفسية للأم والأب وتؤثر فى أدوارهما وفى استقلالية أبنائهما، وهى استعداد مكتسب لدى الفرد يتزايد بتزايد المواقف المهددة عبر الزمن، ويتزايد قلق الانفصال لدى الوالدين بوجود بعض المتغيرات مثل الإنجاب لأول مره، وذهاب الأم للعمل بعد أجازه قصيرة، ومرض الابن، وإذا كان الابن وحيداً، أو كان الابن ذكراً. والمستوى المعتدل من قلق الانفصال هو المستوى الذى يوازن فيه الوالد بين أدواره وحاجاته وبين حاجات أبنه أما المستوى المرتفع من قلق الانفصال الوالدى فيؤدى إلى أنا ضعيفه وغير ناضجة لدى الأبناء.

ويشير *فيشباك وفيشباك* (*Feshback & Feshback, 1987 : 50 - 52*) إلى أن قدرة الأم على تقبل ابتعاد ابنها عنها لبعض الوقت مؤشر لصحتها النفسية، وكذلك قدرة الطفل على الانفصال عن الأم لبعض الوقت هو مؤشر لصحته النفسية المستقبلية، وقلق الانفصال يستمر لدى بعض الأمهات باستمرار تبنى الأم لبعض المعتقدات مثل الاعتقاد بأن الانفصال ضرر على الطفل، أو أن الطفل سوف يحدث له مكروه إذا لم تتواجد بجانبه طوال الوقت.

٢- **عوامل اجتماعية ، مثل :** (تكرار تغيير السكن ، تكرار تغيير المدرسة ، موت أحد الوالدين أو كلاهما ، الأحداث البيئة والاجتماعية (الحروب والضغوط – الزلازل – البراكين) تؤدى إلى عزلة الأسرة والطفل ، – عدم التفاعل الاجتماعى مع الأسر الأخرى خاصة فى المدن).

٣- **عوامل عضوية ، مثل :** (المرض المزمن للطفل والذى يستدعى رعاية والديه وطبية مستمرة وكذلك المرض المزمن لأحد أفراد الأسر ة).

٤- **عوامل القلق المتعلم:** وفقاً للنظرية السلوكية فإن نظرية التعلم الاجتماعى فإن الطفل من الممكن أن يتعلم قلق الانفصال حيث إن وجود نموذج والدى لديه خوف وقلق شديد قد يؤدى إلى انتقال هذه المشاعر من الخوف والقلق إلى الابناء. (*Hock, 1989*)

٥- **عوامل سيكودينامية:** يشير *عبد الله عسكر* (*٢٠٠٥ : ٨٥*) إلى أن قلق الانفصال تعبير عن عجز الصورة الأبوية المستدخلة لدى الطفل عن تحقيق الأمان الرمزى له حيث تنقل صور الخوف من الخارج إلى الداخل، حيث يكون العالم الخيالى للطفل ملينًا بكل أشكال الرعب والخوف نظراً لعدم مقدرته على السيطرة على المثيرات الخارجية، وفشله الرمزى أو

الفعلي في تفسير مثيرات الخوف، فالعين الشريرة الناظرة إليه غير عين الأم الحنونه من شأنها أن تستدعي حالات القلق والخوف، لا سيما مع قصور التطور الطبيعي للطفل للانتقال من عالم الصورة والأشباح والأوهام إلى عالم اللغة والتفسير المنطقي وانتظام الحياة حول الكلام، ومن ثم يكون القلق والخوف هما المسيطران على المسرح السلوكي للطفل.

خامساً : أعراض قلق الانفصال:

تظهر أعراض الانفصال عند الانفصال الفعلي أو توقع الانفصال وأهم هذه الأعراض ما يلي:

أ- أعراض جسميه:

- اضطرابات في الجهاز الدوري (زيادة في دقات القلب).
- اضطرابات في المعده والأمعاء (قئ - غثيان - اسهال).
- صداع.

ب- أعراض انفعالية:

- إرتفاع مستوى أعراض الاكتئاب وما يصاحبه من اضطراب في النوم - الأكل.
- مخاوف مرضية خاصة من المجهول أو الظلام.
- الاعتمادية الزائدة والخوف المستمر على من يعتمد عليهم.
- الانطوائيه والحزن.

أعراض معرفية:

- صعوبة التركيز والتذكر والتفكير.
- التوقع المستمر للشر والكوارث.
- الخوف المبالغ فيه على مصدر الرعاية والاعتماد (الوالد - الوالده).
- التأخر الدراسي.

سادساً : علاج قلق الانفصال:

١) العلاج السلوكي:

أ- التحصين التدريجي المنظم.

حيث يتم تدريب الطفل على الاسترخاء ثم يتم تعرض الطفل للمواقف المثيرة للقلق من الأقل شدة إلى الأكثر شدة. مثال الطفل الذي يخاف من الذهاب إلى الحضانة يمكن اصطحاب والدته له في اليوم الأول لمدة عدة دقائق ثم يزداد الوقت

بالتدريج حتى يستطيع أن يكمل اليوم مع أقرانه، مع إتاحة الفرصة له للتعرف على المعلم والأقران.

ب- التدريب على تنمية المهارات الاجتماعية للطفل في كيفية بدء علاقة والاستمرار فيها وكيفية الحديث مع أقرانه ومبادلتهم اللعب واحترامهم واحترام مشاعرهم.

٢- العلاج المعرفي:

من خلال الحوار لتوضيح أهمية الاستقلالية وعدم معقولية الأفكار التي يتبناها الطفل والمتعلقة بتوقع الشر والكوارث له أو لوالديه لدى مغادرته المنزل حيث يتم بالاقناع المنطقي، اقناع الطفل بأنه ذهب مرات بعيداً عن المنزل ولم يحدث له أو لأسرته مكروه بمعنى أن ابتعاده عن المنزل لن يكون سبباً في مشكلة له أو لأسرته. وأن تكون لدى الطفل رسالة واضحة أنه ليس هو الوحيد الذي ترك المنزل ليلتحق بالمدرسة مثلاً ولكن هناك أطفال مثله كثيرين.

٣- العلاج الأسري:

- من خلال تشجيع الوالدين على اتاحة الفرص للطفل ليستقل عنهما ويصبح له هويته وأنشطته وأفكاره الخاصة به.
- التقليل من استخدام الأساليب غير التربوية في تنشئة الطفل (الحماية الزائده - العقاب).
- التقليل من الصراعات والخلافات الأسرية أمام الطفل حيث يترسخ لدى الطفل اعتقاد بأنه إذا ترك المنزل فقد يحدث انفصال أو مشاكل من الوالدين، أو قد يعتقد أنه سبب هذه المشاكل بين الوالدين خاصة لو صرح أحد الوالدين بأن ما يربطه بالآخر هو الأبناء.
- تدريب الوالدين على اتخاذ مواقف حازمة إزاء المواقف التي تثير القلق له، الطفل (كالذهاب إلى الحضانة أو المدرسة مثلاً).

٤- العلاج بالتحليل النفسي:

من خلال تبين الصراعات التي يعاني منها الطفل، ومحاولة مساعدته في التخفف من تلك الصراعات التي تستنزف طاقاته النفسية، وتعوق الأ نا لديه حتى يستطيع أن يواجه مواقف الانفصال بمفرده.

***

الفصل الثامن
الخوف المرضى

أولاً : تعريف الخوف المرضى
ثانياً: نسب الانتشار
ثالثا : أشكال الخوف المرضى
رابعاً: عوامل الخطورة فى ظهور الخوف المرضى عند الأطفال
خامساً: التوجهات النظرية المفسرة لمخاوف الأطفال
سادسا : معايير تشخيص المخاوف المرضية
سابعاً : أعراض المخاوف المرضية
ثامناً: الآثار المترتبة على الخوف المرضى

الفصل الثامن

الخوف المرضى

بين كل الانفعالات التى لابد أن يستشعرها الناس يعتبر الخوف واحداً من أكثرها شيوعاً، ويثيره ما لا حصر له من المواقف التى تتباين تبايناً كبيراً فى حياة مختلف الأفراد، كما تتنوع شدته متدرجة من مجرد الحذر من ناحية، إلى الهلع والرعب من الناحية الأخرى. والخوف على أى وجه يلازم الكثير منا من المهد إلى اللحد. وهو إحدى القوى التى قد تعمل على البناء أو على الهدم فى تكوين الشخصية ونموها. وقد تؤدى إلى تشتيت الطاقة العقلية التى توجه نحو الأهداف النافعة والخوف كذلك يرشد الفرد، ويكفه، ويدفع عنه القوى الهدامة المؤذية. *(دوجلاس توم: ١٩٨٢ : ١٤١)*

وينبغى أن نفرق بين نوعين من المخاوف الأول هو الخوف الطبيعى الموجود لدى معظم الناس وهو ميكانزم بقائى يساعد على بقاء الجنس البشرى، وهو أيضاً ميكانزم نفسى بيولوجى يعمل بشكل تلقائى لتجنب الأذى من بعض مصادر الضرر (النار – الحيوانات المفترسة، الأماكن المهجورة – البراكين .... الخ). بينما يكون الخوف المرضى خوفاً من موضوعات لا تثير الخوف أصلاً لدى معظم الناس، مثل الخوف من الحيوانات الأليفة، والأماكن المفتوحة والمغلقة، والسحاب والمطر، والرياح، وما إلى ذلك من موضوعات لا تثير الخوف، حيث يكون الخوف هنا خوفاً رمزياً، حيث أشار فرويد فى عام ١٩٠٩ فى تحليله لحالة هانز الصغير الذى كان يخاف من الحصان كرمز للخوف من الأب فضلاً عن خوفه من أن ينجرح الحصان فى صورة تناقض بين مشاعر الحب والكراهية، فبدلاً من أن يخاف من الأب، أصبح يخاف من الحصان عن طريق إزاحة الخوف من موضوع إنسانى إلى موضوع رمزى بديل حتى ينجح من إزاحة الخوف من السبب إلى موضوع خارجى، ما يجعله يتجنب هذا الموضوع، فالصور الأبوية القاسية أو الأب الذى يواصل حرمانه للطفل ومنعه عن التعبير عن رغباته بصورة تلقائية دون أن يعلمه كيف ينظم رغباته ويصله بالعالم السوى، إنما يترك الطفل فريسة لآليات العدوان الخيالى تجاه الأب فى وقت لا يستطيع الطفل فيه أن يعبر لفظياً أو بدنياً عن هذا العدوان، وإنما يتمثله خيالياً، فيعيشه على مستوى الصورة، ويسقطه على الواقع، ويستخدم ميكانيزم الإزاحة.

أولاً: تعريف الخوف المرضى:

حالة من التوجس تتبلور حول خطر محدد يمكن التحقق من وجوده في عالم الواقع بحيث يمكن تقدير أهميته ومواجهته بشكل واقعي. *(ممدوحة سلامه ١٩٨٧ : ٥٤)*

ثانياً: نسب الانتشار:

تشير بعض الدراسات إلى أن حالات الخوف الاجتماعي تمثل ٣٪ من الحالات العيادية، كما تشير دراسات أخرى أن نسبة الانتشار بين الأطفال قد تصل إلى ٨٪.

ويمكن القول بأن معدل إنتشار حالات الخوف الإجتماعي يزيد عن هذه النسب وربما يرجع ذلك إلى أن مرضى الخوف الإجتماعي لا يلجأون إلى العلاج نظراً لخوفهم من الحديث عن أنفسهم أمام الآخرين وافتقارهم إلى هذه المهارة مما يجعلهم أكثر عرضة للقلق علاوة على ذلك فإنهم يشعرون بالخجل ونقص الشعور بالكفاية ، وتزداد المخاوف المرضية لدى الإناث عن الذكور. *(سامى هاشم ١٩٩٧ : ٤٣)*

ثالثاً: أشكال الخوف:

١- الخوف من البقاء منفرداً في المنزل:

ويتبع هذا الخوف خوف الطفل من ترك أهله له وبقائه وحيداً، حيث يمثل الوالدان قاعدة أمن وأمان للطفل يرجع إليهما الطفل في أوقات الشدة ليستمد منهما الشعور بالأمن والحب.

٢- الخوف من الحيوانات:

هذه المخاوف مشتركة عند معظم الأطفال، تتضاءل مع نمو عقل الطفل ومع فهمه لطبيعة بعض الحيوانات وخاصة الأليفة منها، وتوطيد العلاقة بها، لكن قسماً كبيراً منهم ترافقهم هذه المخاوف حتى مرحلة النضج والرشد، فيبقون على خوفهم من الحيوانات صغيرها وكبيرها، المتوحشة منها والأليفة.

٣- الخوف من الظلام:

يرتبط الظلام في ذهن الأطفال بالعفاريت والشياطين، واللصوص - وهذا أمر طبيعي في مرحلة الطفولة-لكن إذا تعدى هذا الخوف الحدود المعروفة يصبح أمراً شاذاً، وفي جميع الأحوال، فإنه في المراحل الأولى لا بأس من أن ينام الطفل في مكان مضاء، والأدهى من ذلك أن يكون الأهل ممن يخافون الظلام، وفي هذه الحالة تنتقل العدوى عن طريق الإيحاء، يضاف إلى ذلك عملية التخويف التي يمارسها الأهل والأخوة الكبار

بطريقة المداعبة، وخاصة أثناء الظلام، فالطفل فى هذه الحالة شديد التهيؤ لاستقبال أية فكرة عن الأشياء المخيفة والاقتناع بها. ويستحسن ألا تروى القصص المفزعة أو الأفلام المرعبة قبل النوم ، وذلك لما يبقى فى لا شعوره منها، فتظهر ليلاً فى صورة الأحلام.

٤- الخوف من الأماكن المفتوحة:

ويطلق عليها العلماء أيضاً **"فوبيا الأماكن المفتوحة"**، هى شائعة عند الأطفال، ويرى بعض العلماء أنها "إزاحة لمشاعر العدائية تجاه الوالدين أو خوفاً من الحفزات العدائية للطفل نفسه" والأطفال يميلون إلى تأويل كل ما يقوله الآباء بطريقة حرفية، فالطفل الذى يسمع أمه وهى فى حالة غضب تقول: سأقتل نفسى لأرتاح من هذه الحياة- فإن الطفل غالباً ما يكبت فى لا شعوره حقيقة حدوث هذا الأمر فى وقت من الأوقات، وربما تكون ملازمته البيت وخوفه من الخروج منه هى بدافع لا شعورى لمنع الكارثة التى ستحدث للأم حسب توهمه.

٥- الخوف من دلائل الموت وما يرتبط به:

مثل الخوف من الدم والجروح والعمليات الجراحية، وأخذ الحقن وروائح الأدوية، وحوادث السيارات، ورائحة غاز البوتاجاز، وبعض الأطفال يخافون من المرضى ويخشون انتقال العدوى إليهم، فيتجنبون المرضى، وسلوكهم وهذا طبيعى شريطة ألا تتحول مخاوفهم إلى وساوس لا تغيب عن أذهانهم.

٦- الخوف من ركوب بعض الوسائل:

كالخوف من المصاعد والطائرات والسفن والسيارات.

٧- الخوف من الموت:

وهو خوف من مثيرات غير ملموسة أو غير حسية، وتبدو المسألة هنا معقدة أكثر، ويجب البحث عن الأسباب خلف هذا الشعور المتولد، وقد يكون من الأسباب واقعة أسرية أو أفلام مؤثرة. كما أن خبرة الطفل بموت شخص عزيز تؤدى به إلى صدمة وبخاصة إذا كانت هى الخبرة الأولى بخصوص الموت.

٨- الخوف من بعض الأدوات:

مثل الخوف من السكاكين وشكل الحقنة وإبرة الخياطة.

(ولمان: ١٩٩٠ : ٩٦، محمد شحيمى ١٩٩٥ : ص١٠٦)

رابعاً: عوامل الخطورة فى ظهور الخوف المرضى عند الأطفال :

١- التعرض لخبرات الاساءة:

حيث إن تعرض الطفل لخبرات الإساءة الجسمية (الضرب – الكى – الكسر) والنفسية (الإهمال – السخرية – المقارنات غير المستحبة) والجنسية (التعرض للاعتداءات الجنسية) تؤدى إلى الشعور بالتوجس من الآخرين ومن المستقبل.

(عماد مخيمر وعزيز الظفيرى ٢٠٠٢)

٢- تقليد الكبار:

حيث إن الخوف قد ينتقل من الكبار إلى الأطفال عن طريق التأثر أو التقليد أو التعلم بالأنموذج فرؤية الطفل لأمه وهى تخاف من القطط لا شك أنها تجعل الطفل يخاف أيضاً بل ويرتعب من القطط وقد أشار باندورا إلى هذه باسم (الخوف بالعبرة).

٣- تخويف الطفل:

من العوامل المؤدية لحدوث الخوف لدى الطفل أن يكتشف الكبار خوف الطفل من أمر معين فيستغلونه لتخويف الطفل لدفعه للقيام بعمل معين أو الإحجام عن عمل آخر، أو قيام الكبار بتخويف الطفل من حيوان أليف مثلا يخاف منه الطفل وذلك من أجل اللهو والتسلية والضحك من خوف الطفل، فيقصون على زوارهم ما حدث للطفل حينما رأى قطة مثلا من خوف.. فيقدمون للطفل قطة (لعبة) أمام الزوار بشكل يستثير الطفل فيصرخ، وهنا يضحك الكبار ويستمرون فى لهوهم وضحكهم على حساب تألم الصغير وانزعاجه وليس هناك أقسى من أن يجلس الوالد أمام ابنه ويثير خوفه والطفل يصرخ والوالد يضحك.

(عبد العزيز القوصى ١٩٨١، ٣١٩ – ٣٣٠)

٤- خلافات الوالدين:

حيث إن خلافات الوالدين المتكررة والعنيفة تؤدى إلى نقص شعور الطفل بالثقة وزيادة شعوره بالخوف والتوجس من الحاضر والمستقبل، فبدلاً من أن يكون الوالدان هما مصدر الأمن والأمان يكونان هما مصدر التهديد للطفل.

٥- رواية القصص المخيفة ومشاهدة أفلام العنف:

حيث يقص الوالدان على الطفل قصصاً عن كائنات خرافية ومجهولة وغير حقيقية، كذلك فإن مشاهدة الطفل لأفلام الرعب تزيد من مخاوفه.

٦- الخوف من فقدان الوالدين أو فقدان حبهما:

الوالدان قاعدة الأمن للطفل وأى تهديد لحياتهما أو حياة إحدهما (المرض المزمن - المفاجئ مثلاً) يطيح بأمان وأستقرار الطفل، وهذا ما قد يحدث أيضاً بخوف الطفل من فقد حب الوالدين أو أحدهما.

خامساً: التوجهات النظرية المفسرة لمخاوف الأطفال:

١- التوجه السيكوديناميى:

أشار فرويد فى تحليله لحالة هانز إلى أن المخاوف المرضية لدى الأطفال تنشأ من كبت الخوف ثم إزاحته إلى موضوعات أخرى، فالطفل هانز كان يخاف من الحصان كرمز للخوف من الأب، فضلاً عن خوفه من أن يخرج الحصان فى صورة تناقص بين مشاعر الحب والكراهية، فبدلاً من أن يخاف من الأب إزاح الخوف على الحصان.

٢- التوجه السلوكى:

أوضح السلوكيون أن الخوف مكتسب من خلال عملية التشريط الكلاسيكى عندما يقع حدثان فى نفس الوقت ويرتبطان معاً فى مخ الإنسان ويصبح الحدث المحايد (الذى يفُترض أنه لا يثير الخوف) ومن أبرز التجارب فى مجال تعلم الخوف المرضى تلك التجارب التى قام بها واطسون عن الطفل البرت الذى كان يبلغ من العمر أحد عشر شهراً حيث أعطاه واطسون سلسلة من الأشياء، فارا أبيض وأرنباً وكلبا وكرة من القطن وبعض الأقنعة وحاول البرت الوصول إلى هذه الأشياء واللعب بها، وأثناء لعبه بالفأر الأبيض أحدث واطسون صوتا عاليا بقطعة من الحديد، وكرر أحداث الصوت العالى لدى إمساك الطفل للفأر الأبيض، وقد ظهر أنه تم إشراط الطفل لدرجة أنه كان يبدأ فى الصراخ ويبتعد عن الفأر الأبيض كلما رآه. وبعد أسبوع بدأ الطفل يعمم خوفه على كل الأشياء المشابهة للفأر مثل الكلب الأبيض والمعطف ... الخ. كما يتم الخوف وفقاً لنظرية التعلم الاجتماعى عن طريق تقليد نماذج خائفة خاصة لدى الأطفال (باندورا).

٣- التوجه المعرفى:

يرى أصحاب التوجه المعرفى أن الخوف المرضى لدى الأطفال ينشأ من تبنى الطفل لمعتقدات حول توقع الشر من أشياء وأشخاص ومواقف معينه نتيجة لمروره بخبرات سيئة متعلقة بتلك الأشياء أو الأشخاص أو المواقف حيث يركز الطفل انتقائياً ويتذكر مثيرات خوفه ويضخمها وفى نفس الوقت يقلل من شأن قدرته على مواجهتها ويتوقع

الفشل فى مواجهتها مما يزيد من مشاعر الخوف لديه وتؤثر على حالته الانفعالية وسلوكه. (Greenberg, 1989 : 25 - 52)

سادساً: معايير تشخيص المخاوف المرضية:

- خوف شديد ومستمر من موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية (حديث أمام الأخرين، تناول طعام، استخدام دورات المياه العامة ....إلخ).
- لا يكون هذا الخوف نتيجة لأى اضطراب أو مرض عضوى.
- عند التعرض لموقف الخوف تظهر أعراض القلق مباشرة على المريض.
- تجنب الموقف المثير للخوف أو دخوله مع ظهور القلق الشديد.
- يتداخل هذا الخوف مع الوظائف المهنية للفرد أو علاقته بالآخرين أو يشعر بالحزن.
- يشعر الفرد بأن خوفه مبالغ فيه وغير معقول وليس له ما يبرره.

سابعاً: أعراض المخاوف المرضية:

تتشابه أعراض المخاوف المرضية مع أعراض القلق انعام وقلق الانفصال وهى كما يلى:

١- التغيرات الفسيولوجية:

- التغيرات فى سرعة القلب والدورة الدموية فيزداد ضغط الدم فى الحالات الحادة من الخوف يعمل القلب بسرعة تفوق طاقته ومن ثم قد يتوقف عن العمل.
- يشتد التنفس وتضطرب سرعة الشهيق والزفير، وفى بعض الحالات قد ينعكس الوضع فيكاد يوقف التنفس.
- يتدفق هرمون الأدرينالين الذى تفرزه الغدتان فوق الكلويتين بشدة فى الدم- مما يساعد على ظهور علامات الخوف الجسميه المختلفة.
- حدوث نشاط كبير فى الجهاز العصبى، وفى الحالات التى يصل فيها الخوف إلى حد الذعر تضعف قدرة وكفاءة المخ على العمل بحيث قد يصل الأمر إلى حدوث شلل مؤقت أو مستمر *(حسن مصطفى ٢٠٠١ : ٢٩١)*

٢- التغيرات السلوكية:

وتشير إلى ضعف الإرادة، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات كما أن أى فرد يعانى من هذه الأعراض قد يجد نفسه معزولاً عن الآخرين ومكتئباً نتيجة لعدم قدرته على مواجهة المواقف الإجتماعية. وقد يبدو لدى بعض الحالات عدم تجنب جميع المواقف الإجتماعية إلا أنهم يمكن أن يظهروا قلقاً زائداً ومشاعر عدم ارتياح discomfort فى مواقف

محددة. وعلى الرغم من أن تجنب الموقف الإجتماعي يخفف من حدة القلق لدى الفرد إلا أنها تؤدى إلى تعبيرات سلبية عن الذات وأيضاً مشاعر الذنب Guilt، وكذلك يقل التواصل اللفظى والتواصل غير اللفظى و تقل المهارات الإجتماعية.

٣- التغيرات المعرفية:

وتشمل اضطراب التذكر وعدم القدرة على ترتيب الأفكار، وتشوش التفكير وتوقع الشر والخطر والكوارث مما يجعل الطفل محاصراً بمخاوفه.

ثامناً: الآثار المترتبة على الخوف المرضى :

- يرتبط الخوف بضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص.
- الشعور بالخجل وانعقاد اللسان أحياناً.
- عدم القدرة على المبادأة.
- الميل إلى الانسحاب والعزلة الإجتماعية.
- عدم القدرة على التفكير المستقل.
- زيادة شدة الحرص بدرجة مبالغ فيها.
- توقع الشر دائماً.
- نتيجة لصعوبة الطفل في التحكم في مخاوفه أو ضبط انفعالاته فإن هذا يؤدى إلى عجزه عن ممارسة حياته بشكل طبيعي.*(محمد سعفان ٢٠٠١ : ١٩٦)*

تاسعاً: علاج المخاوف المرضية عند الأطفال:

يمكن استخدام نفس الفنيات العلاجية المستخدمة مع قلق الانفصال والقلق العام والخوف المرضى من المدرسة مع الأطفال الذين يعانون من المخاوف المرضية.

***

الفصل التاسع
الخوف المرضي من المدرسة

أولاً : تعريف الخوف المرضي من المدرسة

ثانياً: أعراض الخوف المرضي من المدرسة

ثالثا : أسباب الخوف المرضي من المدرسة

رابعاً: الوقاية والعلاج من الخوف المرضي من المدرسة

الفصل التاسع

الخوف المرضى من المدرسة

School phobia

تمثل المدرسة عالماً جديداً للأطفال الذين يصل بهم العمر إلى حوالى الست سنوات، ولذلك نجدهم فى بدء التحاقهم ودخولهم المدرسة في حالة شديدة من الانزعاج والذعر والاستثارة والخوف من المدرسة، لأنها تبدو لهم عالما جديدا بكل أبعاده ومعالمه، فبعد أن ظل الطفل لصيق علاقة محدودة بالأم والأب وبالمنزل وبأقارب وجيران محدودين، يجد عالما جديدا يبعد جغرافياً عن منزله، ليس فيه أحد من أقاربه أو جيرانه فضلا عن عدم وجود والديه معه، وخاصة الأم، ومن ثم تمثل المدرسة بالنسبة له، فى ضوء نظرية قلق الانفصال، انفصالا كاملا عن الأم التى استمر ارتباطه وعلاقته بها إلى أكثر من خمس سنوات.

ولذلك قد ينظر البعض إلى المدرسة على أنها "بديلة المنزل أو الأخرى بديلة الأم، فالمعلم الأول للطفل يكون غالبا امرأة، وعلى ذلك تلعب المدرسة دورا هاما فى تشكيل شخصية الطفل. *(حامد عبد السلام زهران، ١٩٨٢ ص ٢١٧)*

والطفل عندما يواجه لأول مرة فى حياته مناخاً كهذا، حيث الابتعاد عن الوالدين لفترة طويلة، والنظام الصارم، والأعداد الكبيرة من الراشدين والتلاميذ والمعاملة غير الشخصية التى لم يألفها من قبل، فلا أحد يعرف أسمه فيناديه به إنه عالم جديد ملئ بالمتغيرات المتعددة التى يتضايق منها الأطفال والتى قد تكون أقرب إلى الجحيم بالنسبة لكثير من الأطفال، ومبرراً قوياً للخوف خمن المدرسة وتدان الأمن لمن لديهم استعداد لذلك. *(ربيع شعبان والسعيد غازى ١٩٩٥ ص ٩٢٥)*

والخوف من المدرسة يمثل إحدى المشكلات الرئيسية التى تشكل اضطرابا لدى الطفل والأسرة على السواء وقد يظهر الخوف المرضى فى شكل شكاوى مبهمة من المدرسة أو الاحجام عن الذهاب إليها بشكل منتظم ليصل به الحال فى النهاية إلى رفض المدرسة.

والمخاوف المدرسية تسفر عن نفسها من خلال طرق وأساليب متنوعه وبدرجات متباينه من الشدة ، و هذا يتوقف على عوامل عديدة منها: عمرالطفل ومستوى نضجه، دور الحضانة التى بها. فالأطفال الصغار الذين يلتحقون برياض الأطفال قد يبكون ويتعلقون تعلقاً

شديدا بأمهاتهم في حين يظهر الأطفال الأكبر سناً هلعاً حاداً أو بطئاً في السلوك، بالإضافة إلى مشاعر أخرى مثل الخوف من أذى قد يصيبهم أثناء ذهابهم إلى المدرسة أو بقائهم بها. لأن ذهاب الطفل إلى المدرسة تغير مفاجئ في حياته، إذ ينتقل من مناخ الأسرة القائم على الارتباط والدفء العاطفي إلى مناخ المدرسة المتشدد نسبياً. *(فاروق أبو عوف ١٩٨٢)*

والخوف المرضي من المدرسة يوجد بين البنين والبنات ويترتب عليه نتائج خطيرة على الطفل وا لأسرة فعلى مستوى الطفل فأنه يُحرم من الانتظام في المدرسة وبالتالي قد يحرم من التعليم والعلاقات الاجتماعية ومن ثم تزداد الأمية في المجتمع، ومن ناحية أخرى فإن الخوف المرضي من المدرسة يمثل مشكله للأسره التي تعاني كثيراً من الأمراض الجسمية التي تظهر على الطفل لدى ذهابه إلى المدرسة، بالإضافة إلى خوفها على مستقبل ابنها، بالإضافة إلى تكرار ذهابه إلى الأطباء مما يشكل عبئاً اقتصادياً اضافياً على الأسرة.

أولاً : تعريف الخوف المرضي من المدرسة:

تعددت تعريفات الخوف المرضي من المدرسة وسوف اقتصر على تعريفين يتسمان بالشمولية والتكامل وهما :

١- تعريف *مجدي أحمد عبد الله (١٩٩٧)* حيث يرى أن رهاب المدرسة أو فوبيا المدرسة هو الإحجام Reluctance أو رفض Refusal الذهاب إلى المدرسة بسبب القلق الزائد من البقاء بالمدرسة، ويعبر الأطفال المتخوفين من المدرسة عن هذا الإحجام أو الرفض في صورة استجابات طبيعية أو شكاوى Complaints جسمية يقنعون بها والديهم بإبقائهم في المنزل ومن هذه الشكاوى الجسمية: الصداع، ألم بالبطن، غثيان، ألم بالزور، الحمى، القشعريرة، ألم عضلي، إسهال أو إمساك، إجهاد، تعب، نعاس. وبالرغم من أن هذه الشكاوى الجسمية تكون أحياناً مفتعلة Made up فإن هؤلاء الأطفال يعانون ضيقاً متضمناً ألم، إسهال، قئ، وأحياناً حمى.

(مجدي أحمد عبد الله ١٩٩٧ : ٢٤٩)

٢- تعريف عباس عوض ومدحت عبد اللطيف (١٩٩٠) حيث يعرفان الخوف المرضي من المدرسة على أنه الخوف الشاذ من المدرسة، مع الرغبة في عدم ذهاب الطفل إليها، ورفضها.. وعلى ذلك فإن الخوف المرضي من المدرسة يختلف اختلافاً بينا عن مفهوم جناح الأحداث فالحدث الجانح يكره المدرسة، ويحاول الهروب منها... لا خوفا منها بل رغبة في الالتقاء بصحبة السوء وتحدي السلطة، والرغبة في الاستقلال

والتخلص من قيود التعليم. كذلك يختلف مفهوم الخوف المرضى من المدرسة عن مفهوم (الزوغان) فالزائغ فى كثير من الاحيان لا يستشعر رهبة من المدرسة.

(عباس عوض ومدحت عبد اللطيف ١٩٩٠ ص ٤٩)

ثانياً: أعراض الخوف المرضى من المدرسة:

تتعدد أعراض الخوف المرضى من المدرسة لتشمل: الشكاوى الجسمية، والارتعاش، والبكاء، والخوف من الذهاب إلى دورات المياة فى المدرسة لأنها تعد غير مألوفه لدى الطفل خاصة فى باكورة حياته المدرسية، كذلك الأحجام عن تناول الطعام من المقصف المدرسى. ومن الملاحظ أن هذه الأعراض يمكن أن يعانى منها تلاميذ المرحلة الابتدائية أو المراهقون فى المرحلتين الإعدادية والثانوية. كذلك تتولد لدى الطفل رغبة شديدة فى رفض الذهاب إلى المدرسة، وإذا ذهب فإنه يبكى حتى يعود لمنزله، وقد يتحول هذا إلى اضطراب سلوكى ينتج عنه فشل التلميذ فى الدراسة، *(محمد شعلان، ١٩٧٩، ص ٨١)*. ويمكن أن يظهر الخوف المرضى من المدرسة فجأة، وعلى حين غرة نجد الطفل يرفض الذهاب إلى المدرسة. والأطفال المصابون بالخوف المرضى من المدرسة كثيرا ما يشعرون بالصداع، أو الآم بالمعدة أو الغثيان، أو دوار الرأس، كما تظهر الأعراض النفسية البدنية الأخرى التى تبرر إصرارهم على البقاء فى المنزل مع الأم.. وهذا ليس بتعارض وإنما تكون مشاعرهم هذه حقيقة. *(ب. ب. وولمان، ١٩٨٥، ص ٢٠٨)*

وبالاضافة إلى الأعراض السابقة فإن هناك أعراض تشويه معرفى لدى الأطفال المصابين بالخوف المرضى من المدرسة تتمثل فى توقعاتهم السلبية تجاه المعلمين (المعلمين غير عادلين وظالمين ويعطون واجبات كثيرة) وتجاه الواجبات (إنها كثيرة وممله) وتجاه الزملاء (عدائيون وعدوانيون) مما قد يؤدى إلى زيادة الرغبة فى عدم الذهاب إلى المدرسة. (Netherton [redacted] al 1999: 284 - 287)

ويتفق الكثير من العلماء على أنه رغم تباين الأعراض (جسمية – نفسية – معرفية) وتباين شدتها إلا أنهم لاحظوا أن الأعراض السابقة غالباً ما تحدث فى الصباح قبل الذهاب إلى المدرسة، وربما تحدث أيضا أثناء الوجود فى المدرسة إلا أنها تزول تماماً بمجرد السماح للطفل بالبقاء فى المنزل وعدم الذهاب إلى المدرسة كما تزول أيضا فى نهاية الأسبوع وفى الأجازات المدرسية وفى عطلات الصيف مما يدعم وجود علاقة بين أسباب هذه الأعراض وبين المواظبة أو الإحجام عن الذهاب إلى المدرسة.

(عبد الرحمن سليمان ١٩٩٤ : ٦١ – ٦٢)

ثالثاً : أسباب الخوف المرضى من المدرسة:

تعددت وجهات النظر الخاصة لتفسير الخوف المرضى من المدرسة ودينامياته، وسوف أتناول بالعرض تعدد وجهات النظر فى إطار النظره التكامليه التى تحوى التفاعل الحيوى والمستمر بين المثلث (الطفل، والأسرة، المدرسية) وما يحتويه هذا الإطار من ديناميات انفعالية واتجاهات نفسية وخلفيات ثقافية.

أ - الأسرة:

تتيح الأسرة التى يتسم فيها التفاعل بين الأباء والأبناء با لحب والاهتمام والتقدير والديمقراطية بالإضافة إلى الضوابط المعقولة والمتسقة للأبناء الشعور بالاستقلالية والفاعلية الذاتية حيث يتمكن الأبناء من الانفصال التدريجى عن الأسرة والذهاب إلى الروضة (الحضانة) ثم المدرسة بأدنى قدر من قلق الانفصال كما يستطيع الأبناء إقامة علاقات مع المعلمين والمعلمات والزملاء مما يتيح لهم تخطى آثار خبرات الانفصال الأولى المتمثلة فى الابتعاد عن الأسرة. ومن ناحية أخرى فإن وجود طفل يعانى من مشكلة يمثل عرضاً يعبر عن وجود مشكلة داخل الأسرة، والاضطراب الانفعالى لأحد الأبناء هو تعبير صريح عن اضطراب البيئة الأسرية وعدم سلامتها، وهناك العديد من العلماء الذين كانت لهم تصورات فى تأثير اضطراب البيئة الأسرية على الخوف المرضى من المدرسة أبرزهم جون بولبى، نظريات التعلم، وولمان.

١) جون بولبى:

يقترح *جون بولبى (Bowlby, 1979)* أنماطاً أربعة للتفاعل الأسرى المسئول عن حالة رفض الذهاب المدرسة والخوف منها :

١) أن يكون أحد الوالدين قلقا ، ويحاول إبقاء الطفل فى المنزل من أجل الائتناس بصحبته.

٢) أن يخاف الطفل أن يحدث لأحد الوالدين مكروهاً عند ذهابه للمدرسة.

٣) أن يعتقد الطفل أنه سوف يقع فى مكروه بمجرد مغادرته للمنزل إلى المدرسة.

٤) أن يخاف أحد الوالدين أو كلاهما أن يحدث مكروهاً للطفل عند ذهابه للمدرسة.

ويربط *جون بولبى (Bowlby, 1980 : 229 , 1988 : 30)* بين قلق الانفصال Separation Anxiety وبين المخاوف المرضية بصفة عامة والخوف المرضى من المدرسة بصفة خاصة، ويبدأ قلق الانفصال لدى بولبى فى سن ستة أو سبعة شهور حيث يتكون لدى الرضيع مفهوم "دوام الأشياء" أى أن الأشخاص الذين يتركونه (خاصة الوالدين) يظلون

موجودين رغم غيابهم عن بصره وعند نهاية السنة الثانية تقل لدى الطفل حدة ردود أفعاله التي تصدر عنه لدى مغادرة القائم بالرعاية وقد يعود ذلك إلى أن قدرات الطفل العقلية في هذه السنة قد نمت بحيث تمكنه من أن يحتفظ بصورة ذهنية ثابتة عن الأشخاص والأشياء في حالة غيابها، كما أنه يكون قد تعلم من خبراته السابقة أن أمه عندما تتركه، فليس ذلك إلى الأبد، وإنما إلى عودة قريبة إذا كانت فترات الانفصال قصيرة. ويقل قلق الانفصال في سن الثالثة والرابعة الخامسة حيث يستدخل انطفل نموذجاً تصورياً Repesentational Model لطبيعة علاقته بأمه فنتيجة لاشباع حاجات النفسية وإدراكه لكفاية الرعاية الامومية يدرك الطفل أن الأم عندما تذهب فإنها سوف تعود.

ويصبح موقف الذهاب إلى الحضانة أو المدرسة مؤشر لقلق الانفصال لدى الأم والطفل فالأم التي يرتفع لديها الشعور بالأمن النفسي تترك طفلها يذهب إلى المدرسة بأقل قدر من القلق، وكذلك الطفل الآمن يكون أقل معاناة من قلق الانفصال، بينما الأم التي يرتفع الشعور بقلق الانفصال لديها فإنها قد تحجم عن إرسال أبنها إلى الحضانة أو المدرسة وإذا أرسلته تظل تعاني من أعراض قلق الانفصال حتى يعود الطفل وتنتقل هذه المشاعر للطفل فيشعر بنقص الأمن النفسي ونقص الشعور بالثقة فتزداد اعتماديته وتقل مهاراته الاجتماعية وقدرته على التعلم والمواجهة ومن ثم تزداد مخاوفه من الذهاب إلى المدرسة. *(Last, 1995: 209 - 213)*

٢) نظريات التعلم:

أكدت بعض نظريات التعلم، على أهمية نظرية قلق الانفصال فيما يتعلق بالمخاوف المرضية من المدرسة، فعديد من المنظرين السلوكيين ينظرون إلى "فوبيا المدرسة" باعتبارها استجابة غير تكيفية متعلمة Alearned maladaptive response ارتبطت ارتباطا شرطيا بالخوف من فقدان الأم A fear of losing mother. والأطفال المصابين بالخوف من المدرسة يعانون قلقاً مضاعفاً وحاداً في مواقف الأنفصال الناشئة عن تدعيم سابق للسلوكيات التي تهدف إلى إعادة الوالدين عندما ينفصلان، بالاضافة إلى أن افتقار هؤلاء الأطفال إلى التدعيم من جانب آخرين كالأقران مثلا، أو الوالدين الذين يهتمان بالتواصل الذي يوفر الأمن لهم عندما يكون هذان الوالدان بعيدين عن البيت.

وإذا ناقشنا ما سبق فأن المدرسة كمثير محايد تصبح مقترنة شرطيا على المستوى اللفظي للأفكار ذات الصلة بفقدان الأم. وعندما يصبح هذا الارتباط حاداً على المستوى الانفعالي، يرفض الطفل الذهاب إلى المدرسة، ومن ثم يمكن القول هنا أن بقاء الطفل في

البيت لا يخفض مستوى القلق لديه فحسب، وبالتالي يتم تدعيمه وتعزيزه سلبياً، ولكن أيضا هناك ما نطلق عليه المكاسب الثانوية Secondary gains كالحصول على الاهتمام، اللعب، ومشاهدة التليفزيون نتيجة تخلفه عن الذهاب للمدرسة، بالإضافة إلى أن الطفل حين يتغيب عن المدرسة تقوى لديه استجابة المخاوف المرضية من المدرسة.

(عبد الرحمن سليمان ١٩٩٤ : ٧٦ – ٧٧)

٣) ولمان:

يشير ولمان إلى أن اعتمادية الأم وارتفاع قلق الانفصال لديها هو السبب في الخوف المرضي من المدرسة لدى بعض الأطفال. وتخاف بعض الأمهات القلقات من بقائهن بالبيت بمفردهن، وحيث أن الزوج يلزم أن يخرج من البيت ليتوجه إلى عمله، فإن الزوجة تلوذ بصحبة طفلها وقد لا تعترف بهذا أمام نفسها – كقاعدة عامة، فهي ليست مدركة لرغبتها بصورة تامة – ولكنها لا تضيع فرصة "السماح لطفلها بالتغيب عن المدرسة في الأيام الممطرة، أو عندما يعطس الطفل أو يخدش إصبعه، وفي حالات عديدة يحس الطفل بنفس رغبة أمه فيختلق معاذيره لعدم الذهاب إلى المدرسة. والأباء غير المتسقين في تصرفاتهم والذين يعوزهم الإحساس بالأمان قد يعطوا الطفل الانطباع بأنهم الذين يخافون الانفصال، وأنهم الذين يحتاجون إلى وجود الطفل، ويؤدي تشبثهم اللاشعوري بالطفل إلى إضعاف وتثبيط عزيمته من أجل تحقيق استقلالية وتوكيده لذاته، وينشأ رهاب المدرسة لدى العديد من الأطفال المفرطين في الاعتماد على والديهم والذين يتلقون الحماية الزائدة، كما لو كانوا يحسون الحاجة التي تكمن وراء حرص أمهم عليهم، وبطبيعة الحال، فإن كل أم ترغب شعوريا في أن يذهب طفلها إلى المدرسة، وأن يكون مستقلاً ومنبسط الشخصية، ولكن صنوف القلق اللاشعورية قد تجعلها تتصرف بطريقة غير متسقة تؤدي، بدورها، إلى زيادة قلق الطفل واعتماده الزائد عليها.

ويقوم بعض الآباء، دون علم أو قصد، بتعزيز رهاب المدرسة لدى طفلهم بالاهتمام الزائد بشكاويه من الصداع، والغثيان، أو آلام البطن التي قد يكون العديد منها نفس – بدني Psychosomatic وبالتأكيد فإن أي ألم حقيقي أو متوهم، يتطلب الرعاية الأبوية، وأن شكاوى الطفل تستدعي الفحص الطبي، ويجب أن يؤخذ الطفل المصاب إلى طبيب، ولكن قبل أو بعد ساعات المدرسة، فالتوجه مع الطفل إلى الطبيب أثناء ساعات المدرسة، يشجع بقاءه بالبيت وتغيبه عن المدرسة. *(ولمان ١٩٩٥ : ٢٠١ – ٢٠٢)*

وتؤيد دراسة ممدوحة سلامة (١٩٨٧) كل ما سبق في دراستها عن العلاقة بين المخاوف المرضية وإدراك الأبناء للقبول / الرفض الوالدى وذلك على عينة من أطفال المرحلة الابتدائية حيث أشارت نتائج الدراسة إلى ارتباط المخاوف المرضية (بصفة عامة) بالرفض الوالدى المتمثل في العداء/ العدوان الوالدى (الضرب – الركل – السب – السخرية – الاستهزاء ....) والإهمال / اللامبالاه (عدم الاهتمام بحاجات الأبناء أو باهتماماتهم) مما يشير إلى أن الرفض الوالدى عامل خطوره يمكن من خلاله التنبؤ بالمخاوف المرضية.

ب – المدرسة:

يرى أصحاب نظرية قلق الانفصال أن الخوف المرضي من المدرسة مثله مثل المخاوف المرضية الأخرى، يخفي مصدره الفعلي ويظهر في صورة قلق، ولهذا نجدهم يذكرون أن الطفل لا يعاني من خوف أولي "أصلي" من الذهاب إلى المدرسة، ولكن بالأحرى هو يعاني من خوف الانفصال عن الوالدين. ومن هنا يصبح دور المدرسة ودور الديناميات المتصلة بها دورا مركزيا لفهم وعلاج هذا النمط من المخاوف فقط عند الحد الذى يستطيع من خلاله الاخصائي الكلينيكي أن يفسر، وأن يضع خطة العلاج. أما المنظرون المنتمون لنظريات التعلم فيعطون أهمية واضحة للمدرسة، المعلمون، والأقران، وكافة الأنشطة الأخرى من حيث أسهامها في ظهور مخاوف الطفل المرضية. وهم يحاولون بالبرهنة على أن المواقف المدرسية، الأحداث، وربما الأشخاص ترتبط تشريطيا (على المستوى اللفظى) بتعبيرات عن فقد الوالدين (بالموت، الطلاق، النبذ، ترك المنزل ... الخ). ومن خلال هذا التشريط، تصبح الأنشطة ذات الصلة بالمدرسة، أو الأشخاص، مثيرات مخيفة تبعث على السلوك الهروبي أو الاحجامي لدى الطفل. فالطفل يتجنب القلق المرتبط بهذه المثيرات القوية (الباعثة على القلق) عن طريق بقائه بالبيت. وانخفاض مستوى القلق يقوى لديه السلوك الاحجامي ويدعمه. بالاضافة إلى أن الطفل يتلقى مكاسب ثانوية بفضل التعزيز من جانب الوالدين أو أحدهما خاصة الأم والسماح لهم في مثل هذا المناخ بمعززات أخرى مثل الحصول على بعض اللعب ومشاهدة التليفزيون. *(عبد الرحمن سليمان ١٩٩٤ : ٦٩)*

وبشكل أكثر تفصيلاً فأن هناك متغيرات أساسية داخل المدرسة قد تؤدى إلى نشأة واستمرار الخوف المرضي من المدرسة ومنها: (بعد المدرسة عن المنزل ، مشاغبة وعدوان وسخرية الأقران ، العقاب والسخرية والإستهزاء من المعلم ، عدم وجود أنشطة جذابة داخل المدرسة ، زيادة التكليفات والواجبات المدرسية).

ج – الطفل:

توجد بعض المتغيرات المرتبطة بالطفل والتى قد تسهم فى نشأة واستمرار الخوف المرضى من المدرسة وهذه المتغيرات قد تتفاعل مع المتغيرات الأسرية والمدرسية الأخرى ومن أهم هذه المتغيرات:

١- نقص ذكاء الطفل مما يقلل من قدرته على استيعاب الدروس ويقلل من قدرته على النجاح الدراسى ويزيد من سخرية الآخرين (المعلمين – الزملاء) منه.

٢- الأمراض الجسمية المزمنة لدى الأطفال (السكر مثلاً) الذى يقلل من قدرة الطفل على التركيز والتذكر.

٣- اختلال الجهاز العصبى للطفل.

٤- وجود عيوب جسميه واضحة لدى الطفل مما يجعله مثار سخرية لزملائه.

٥- ارتفاع مستوى القلق والمخاوف المرضية لدى الطفل نتيجة لإضطراب البيئة الأسرية مما يجعل الطفل يتشبث بأسرته ويرفض الذهاب إلى المدرسة.

٦- انخفاض مستوى الدافعية والطموح والرغبة فى التعليم لدى الطفل (,Kelly 1973 : 33 - 42).

٧- إن البنية المعرفية للطفل والتى تتضمن تفكيره فى عائد التعليم قد تكون عائقاً فى سبيل استمراره فى المدرسة ، فالحديث المتكرر عن البطالة وعدم الحصول على فرصة عمل بعد مراحل التعليم الشاق قد يؤدى إلى وجود اتجاه سلبى نحو التعليم لدى بعض التلاميذ.

رابعاً : الوقاية والعلاج للخوف المرضى من المدرسة :

يمكن النظر إلى الخوف المرضى من المدرسة فى ضوء الاتجاه الوقائى والاتجاه العلاجى.

أولاً: الاتجاه الوقائى:

يتمثل الاتجاه الوقائى فى الوقاية من الخوف المرضى من المدرسة فى توفير بيئة أسرية ومدرسية آمنه للطفل كما يلى:

أ- البيئة الأسرية:

- يجب توفير بيئة أسرية آمنه تتسم بتقديم الحب والاهتمام والتقدير للطفل وإشعاره بأهميته، وإعطائه فرصة للاستقلالية والاعتماد على ذاته فى بعض الأمور التى

تتناسب مع نسبة، وكذلك إعطائه فرصة لاقامة علاقات مع أقرانه في نفس المرحلة العمرية مما يتيح له القدرة على الانفصال التدريجي عن رحم الأسرة.

- أن يتم ذهاب الطفل مع أمه إلى الروضة أو الحضانة (قبل الذهاب إلى المدرسة) بشكل تدريجي بمعنى أن تذهب الأم مع الطفل إلى الحضانة في أول يوم ويتعرف على بيئة الحضانة وعلى معلمته وعلى الأطفال الآخرين ويدرك أنه ليس وحده الذى ترك المنزل ليأتي للحضانة ويكون هذا التعارف لمدة ساعة أو ساعتين تزداد تدريجيا مع الوقت حتى يستطيع الطفل التوافق مع بيئة الحضانة وهذا يهيئه للالتحاق بالمدرسة وإذا لم يكن الطفل قد التحق بالحضانة، فإننا أيضا نهيئة لدخول المدرسة تدريجياً، بمعنى أن يكون هناك زيارة للطفل مع أحد أفراد أسرته للمدرسة منذ اليوم الأول الذى يواجه فيه حشد من المعلمين والإداريين والزملاء مما يشكل صدمة له تضاف إلى عدم ألفته بالمكان والنظام المدرسي بما فيه من ضبط وقواعد عليه إتباعها.
- كذلك لابد أن يكون هناك حوار من الطفل والوالدين عن أهمية التعليم للمستقبل، وأنه لا مستقبل له بدون التعليم مع التأكيد على الجوانب الإيجابية للمدرسة من أنشطة وتعارف على الآخرين ولا مانع من بعض التدعيمات الإيجابية المادية لتشجيعه على الذهاب والاستمرار في المدرسة.
- التقليل من الحماية الزائدة للطفل وعدم المبالغة في إظهار التعاطف مع الطفل عندما تظهر عليه أعراض الخوف من المدرسة حتى لا يحقق الطفل مكاسب من وراء هذا التعاطف، بل يجب التعامل بواقعية وعقلانية واستشارة الاخصائي النفسي في ذلك. *(Ward, Pritchard, 1974)*

المدرسة:

المدرسة دورها مكمل للمنزل والمعلم هو بديل الأب والمعلمه هي بديلة الأم وحتى تقلل المدرسة من الخوف المرضى لدى الأطفال ينبغي أن يتم تشجيع الأطفال خاصة في السنة الأولى على تكوين اتجاه ايجابي نحو التعليم ونحو المدرسة من خلال المعاملة الطيبة والتشجيع على التعلم وعدم السخرية من التلاميذ وعدم استخدام العقاب البدني معهم. كذلك ينبغي على المدرسين ترغيب الأطفال في الاشتراك في الأنشطة داخل المدرسة واقامة علاقات طيبه مع زملائهم مما يتيح لهم "التوافق المدرسي".

(Goldenbarg Goldenberg, 1970)

ثانياً: الاتجاه العلاجي:

قد يكون الخوف المرضى من المدرسة مرضا فى حد ذاته وقد يكون عرضاً لاضطرابات أخرى مثل (القلق – الاكتئاب – المخاوف المرضية – اضطراب رابطة التعلق) وفي كل الحالات فإن استجابة الأطفال للعلاج من المخاوف المرضية كبيرة، ويتحقق العلاج يتعاون الأسرة مع المدرسة مع المعالج أو الاخصائي النفسية.

ويبدأ العلاج باستكشاف أسباب الخوف المرضي من المدرسة من خلال المقابلات الشخصية مع الوالدين والطفل ثم يقوم المعالج بمساعدة الطفل علي التخفف من المشاعر الغامرة لقلق الانفصال عن الوالدين، وقد يتطلب الأمر معالجة الوالدين أو إحدهما من زيادة قلق الانفصال.

وقد يكون العلاج بالتحصين التدريجي المنظم عن طريق إعادة إدخال الأطفال إلى المدرسة تدريجياً وذلك بجعلهم يبقون بها لمدة ساعة يومياً ثم نصف اليوم المدرسى وأخيراً يبقون بالمدرسة كل اليوم المدرسي، هذا مع مطالبة أمهات الأطفال بالذهاب معهم إلى المدرسة، وربما يطلب منهن أن يجلسن مع أطفالهن فى فصولهم. ويتركونهم تدريجياً بمجرد أن يبدأ الطفل فى الشعور بالراحة مع زملائه فى الفصل. كذلك ضرورة حرص الوالدين على تجنب أشكال التدليل المختلفة والتى تشجع على عدم الاعتماد على النفس في المدرسة.

ويلاحظ أن برامج العلاج التى تعمل على مساعدة الأطفال على فهم أسباب قلقهم من المدرسة مع الاحتفاظ بهم داخل الفصول المدرسية كانت ناجحة جداً. فمثل هذه البرامج ساعدت أكثر من ٧٠٪ من أطفال الرهاب المدرسى على العودة إلى المدرسة فى خلال عدة أيام إلى عدة شهور. كذلك يمكن إعطاء الطفل بعض البرامج العلاجية مثل التدريب التوكيدى (تدريب الطفل على توكيد ذاته فى المواقف الاجتماعية المختلفة وتعليمه أن يأخذ حقوقه ويتحمل مسئولياته الشخصية). وأيضاً يمكن إعطاء الطفل برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل مع الآخرين. واستخدام المدعمات الإيجابية (هدايا – تعود – تشجيع) على ذهاب الطفل للمدرسة وعمله لواجباته. تشجيع الطفل على إقامة علاقات مع أقرانه لأن العلاقة مع الأقران "ضرورة نفسيه" تساعد الطفل على التوافق مع المدرسة وتجعل اتجاهاته أكثر إيجابية نحو المدرسة ونحو العلاقات الاجتماعية.

***

الفصل العاشر
الغـيرة

أولاً : تعريف الغيرة
ثانياً: النظريات المفسرة للغيرة
ثالثا : الآثار المترتبة على الغيرة
رابعاً: عوامل الخطورة فى ظهور الغيرة
خامساً: علاج الغيرة والوقاية منها

الفصل العاشر

الغــيرة

الغيرة إحدى المشاعر الطبيعية لدى الإنسان كالحب والألم، ويجب أن تقبلها الأسرة كصفة واقعية، ولا تسمح في الوقت نفسه بنموها، فالقليل من الغيرة يفيد الطفل، فهي حافز يحثه على التفوق، ولكن الكثير منها يفسد الحياة ويصيب الشخصية بضرر بالغ.

(كلير فهيم ١٩٩٣: ٨٣)

والغيرة تضع البذور لكثير من المصاعب النفسية والاجتماعية في حياة الفرد، وكلما زاد الإهمال في التوجيه النفسي والتربوي لها في مرحلة الطفولة صعب العلاج وتعذر فيما بعد، والغيرة تعتمد على شعور الفرد بالنقص مما يؤدي إلى الخجل وشدة الحساسية وضعف الثقة بالنفس، والإحساس الدائم بعدم الرضا وعدم الإشباع، والرغبة الدائمة في الاستحواذ على ما يمتلكه الآخرون مما يؤدي إلى الاكتئاب. (يسريه صادق ١٩٨٩ : ٤٦٥ – ٥١٣)

كما أن الغيرة مزيج من الانفعالات المختلفة كالخوف والغضب والحقد والشعور بالنقص وحب التملك، وتسبب الغيرة كثيراً من مشاعر الصراع شديدة الخطورة على الجوانب الاجتماعية للفرد .

ويغار الفرد عندما يرى الناس يفضلون غيره عليه، فالأب الذي يحابي أحد أطفاله يغيظ أطفاله الآخرين فيغارون منه أخيهم وقد يلحقون به أذى كثيراً وقد صور القرآن الكريم انفعال الغيرة في قصة سيدنا يوسف وشدة غيرة إخوته منه إلى الحد الذي أرادوا قتله ويظهر ذلك في قوله تعالى ﴿ اقْتُلُواْ يُوسُفَ أَوِ اطْرَحُوهُ أَرْضاً يَخْلُ لَكُمْ وَجْهُ أَبِيكُمْ وَتَكُونُواْ مِن بَعْدِهِ قَوْماً صَالِحِينَ ﴾ . سورة يوسف: الآية (٩) (نبيله الشوربجي ٢٠٠٣ : ١٥٠).

والغيرة أساس لمعظم السلوك الذي يتسم بالغرابة والشذوذ والخروج عن المألوف، فالطفل الغيور لا يستقر على حال، ولا يشعر بالهناء، ولا يأخذ من الحياة أو يعطي سوى القليل، ويختزن أحزانه، ويبالغ فيها، حتى يؤدي به شعوره إلى الظن بأن الدنيا بأجمعها تعمل ضده، فيكون مصدراً لنكد أهله، ومستودعاً لخطر كامن مقيم، لأن الغضب والحنق الذي ينبعث عن الغيرة قلما يكون قصير الأمد أو محدد الوقت. والطفل الغيور لا يعترف بغيرته، ولكن ينكرها أو يبرر سلوكه ويلتمس لنفسه العذر ويخادع نفسه وتبدو مظاهر الغيرة الطفليه من التغير السلوكي للطفل تجاه أخيه الأصغر، والذي يندفع بالإغارة عليه بالعدوان

البدني مثل كتم نفسه بيده أو وضع إصبعه في عينه أو عضه، وما إلى ذلك من سلوك يعرفه المربون. (دوجلاس توم : ١٩٥٨ :١٥٧)

وتختلف الغيرة عن الحسد Envy، فالحسد رغبة في امتلاك ما لدى الغير أو الحظوة بامتيازات يتمتع بها الغير مع تمني زوال الشئ المرغوب لدى الغير.

وفي الحسد نقارن أنفسنا بغيرنا مع الرغبة في أن تكون كمن هم أحسن حالاً منا، أي منافسة بين طرفين: حاسد ومحسود، أما في الغيرة فالتنافس يتضمن ثلاثة أطراف: الشخص الذي يغار (الطفل مثلا)، والشخص الذي نغار عليه (الأم مثلا)، والشخص الذي نغار منه (الأب مثلا)، فالحسد يكون على شئ يمتلكه الآخرون ولا يمتلكه الفرد، أما الغيرة فهي شعور الفرد بحقه في امتياز معين، والخوف من أن يفقد هذا الحق ويأخذه أو يغتصبه شخص آخر كما يتصور ذلك الطفل. (زكريا الشربيني، ٢٠٠١ : ٢٨)

أولاً: تعريف الغيرة:

هي حالة انفعالية مركبة (فيها حب التملك والغضب والشعور السلبي نحو الذات) يشعر بها الشخص ويحاول إخفائها، إذ لا يمكن الاستدلال عليها إلا من خلال أنماط سلوكية معينه، وهي تحدث نتيجة وجود عائق يحول دون تحقيق غاية مهمة، أو عدم القدرة على الوصول إلى هدف معين وصل إليه إنسان آخر فتوجه الغيرة نحو هذا الشخص.

(يسريه صادق ١٩٨٩ : ٤٦٥ – ٥١٣)

ثانياً: النظريات المفسرة للغيرة:

١- نظرية التحليل النفسي:

يشير فرويد إلى أن مشاعر الغيرة ترتبط بالمرحلة الأوديبية (٣-٦) سنوات حيث يتجه الطفل بحبه الشديد تجاه الأم وبمشاعر الغيرة تجاه الأب، ونفس الأمر يحدث عند البنت الصغيرة حيث تتجه بمشاعر الحب تجاه الأب، وتشعر بمنافسة الأم لها في حب الأب فتبدأ مشاعر غيرة من الأم ومنافسة منها في حب الأب، وتبدأ في كراهية الأم وهي مشاعر متناقضة فهي تكره الأم لمنافستها في حب الأب وهي في نفس الوقت تعتمد عليها مما يعرضها للتناقض الوجداني، مما يجعلها تكبت مشاعرها تجاه الأم على المستوى اللاشعوري، وتبدأ في التوحد مع الأم، وهذا يحدث أيضاً مع الطفل الذي قد يتوحد مع الوالد من نفس الجنس (توحد مع الشخص موضع الغيرة) وهنا تبدأ عملية التنميط الجنسي وتتحدد الهوية

الجنسية والنفسية للطفل ذكراً كان أم أنثى وقد تستمر مشاعر الغيرة مع الطفل بعد تخطى الموقف الأوديبى على شكل حيل دفاعية مثل الإيقاع والوشاية بالآخرين الذين يغار منهم.

٢- جون بولبى:

يرى جون بولبى (Bowlby, 1988 : 121) أن إشباع حاجات الطفل الأساسية وإشعاره بالحب والاهتمام والرعاية والحماية، وفرض ضوابط معقوله عليه يجعل الطفل يكون رابطة تعلق آمنة، ويتكون لديه الشعور بالثقة فى ذاته وفى كفاءة الرعاية الوالدية بينما إدراك الطفل للرفض الوالدى، يؤدى إلى شعور الطفل بعدم الأمن وعدم الثقة والاعتمادية والغيرة من الأطفال الآخرين لا سيما إذا كان الطفل قد أجبر على الابتعاد عن أمه بسبب ميلاد طفل جديد مثلاً أو بسبب إهمال الأم، أو عودة الأم إلى العمل... الخ.

٣- اريك اريكسون: Erikson

يتفق اريكسون (Erikson, 1980 : 57 - 67) مع بولبى فى أن إشباع الحاجات الأساسية للطفل تخلق لدى الطفل إحساساً بالثقة المطلقة فى ذاته وفى الآخرين وتتيح له فرصة الاستقلالية والمبادأه وتحقيق الهوية فى المراحل التالية، بينما الرفض والرعاية غير الملائمة ينتج عنهما الشعور بعدم الأمن وعدم الثقة والتوجس تجاه الآخرين والغيرة منهم.

ثالثاً: الآثار المترتبة على الغيرة:

١- تراكم مشاعر النقص (الشعور السلبى نحو الذات) ونقص الكفاءة، مع ملاحظة أن أشد أنواع الغيرة هو ما ينشأ عن الشعور بالنقص.

٢- تكرار الشعور بالغيرة الشديدة فى الطفولة، واستمراره فى مراحل الحياة التالية يمكن أن يؤدى إلى الاكتئاب فى المراحل النمائية التالية.

٣- تؤدى إلى الكثير من الاضطرابات السلوكية مثل: العدوان، والتبول اللاإرادى والسرقة والكذب وقضم الأظافر.

٤- تؤدى إلى سوء التوافق الاجتماعى، لأن الطفل الذى لديه انفعال الغيرة لديه رغبة فى الحصول على ما يمتلكه الآخرون ويعتقد أن ما امتلكوه ليس من حقهم، ولذلك نجد الطفل لا يستريح لنجاح غيره، كما أنه لا يميل إلى إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين. (محمد سعفان ٢٠٠١ : ٢٠٨)

رابعاً: عوامل الخطورة فى ظهور الغيرة :

١- الشعور بالنقص وضعف الثقة بالنفس: حيث تتزايد الغيرة لدى الأشخاص الذين يعانون من انخفاض الثقة بالنفس أو وجود جوانب نقص فى النواحى الجسمية أو القدرات العقلية أو المهارات الاجتماعية.

٢- ميلاد طفل جديد فى الأسرة: ويعقب ذلك اهتمام الأسرة بالمولود الجديد مما يولد مشاعر الغيرة لدى الطفل ويبدأ فى النكوص ليمارس سلوكيات من مراحل سابقة (التبول اللاإرادى - اضطراب الكلام) حتى يلفت نظر الوالدين مرة أخرى.

٣- اهتمام الأم الزائد بالأب على حساب الأطفال.

٤- انخفاض المستوى الاقتصادى للأسرة: حيث يقوم بعض الأطفال بالمقارنة بين دخل أسرهم ودخول الأسرة الأخرى وما يتبع ذلك من شراء ملابس ولعب ...الخ فيشعر الطفل بالغيرة من الأطفال الآخرين.

٥- مقارنة الطفل بأشقائه أو بزملائه دون مراعاة لقدرات الطفل يجعل الطفل يشعر بالغيرة من الآخرين.

٦- الإعاقة الجسمية عند بعض الأطفال.

٧- التفرقة فى المعاملة بين الذكور والإناث يزيد مشاعر الغيرة عند الإناث نظراً لما يتمتع به الذكور من مزايا.

خامساً:علاج الغيرة والوقاية منها:

١- تهيئة الأسرة للطفل فى حالة استقبال مولود جديد، وعدم المبالغة فى إظهار الحب للطفل الجديد، وعدم سحب الحب منه، ولكن أشعار الطفل بأنهما مازالا يحبانه وتوضيح أن الطفل الأصغر يحتاج أيضاً إلى رعاية واهتمام وأنه سوف يلعب معه عندما يكبر.

٢- عدم إجراء الوالدين لمقارنات بين الأبناء أو بين الأبناء والزملاء.

٣- محاولة المساواة فى المعاملة بين الأبناء.

٤- توفير جو أسرى آمن يشعر فيه الطفل بالثقة فى ذاته وفى الآخرين.

٥- عدم استخدام العقاب البدنى فى التغلب على مشاعر الغيرة لدى الطفل.

***

الفصل الحادى عشر
السرقـــة

أولاً : تعريف السرقة

ثانياً: أشكلل السرقة

ثالثا : عوامل الخطورة وراء سرقة الأطفال

رابعاً: الوقاية من السرقة وعلاجها

الفصل الحادى عشر

السـرقة

الأسس الطبيعية لظاهرة السرقة بشكل عام هي في امتلاك الإنسان لغريزة التملك، والميل إلى التملك أمر مشروع عند كل إنسان، بيد أن السرقة هي الاستحواذ على ما يملكه الآخرون بطريقة غير سليمة، أو بدون وجه حق، نظراً لأنها تلحق الضرر بالمجتمع لأنها تمس أملاك الأشخاص والجماعات، فإن القانون يعاقب عليها، كذلك المجتمع، وحتى الأديان السماوية، والطفل يشعر بميل شديد إلى الملكية، حتى ولو كانت ملكية الأشياء تافهة، وعلى الأهل أن ينموا هذا الشعور عند الطفل لأنه حق طبيعي، فيجب أن يكون هناك أشياء خاصة به، وأن تكون لعبه له، يتصرف فيها تصرف المالك في ملكه، وذلك لإشباع هذه الغريزة الفطرية. والأسرة بما لديها من أنظمة أسرية عليها أن تحافظ على ملكيته، ليفهم هو بدوره كيف يجب أن يحافظ على ملكية غيره ولا يسرقها. ونحن لا نقول بتشجيع وتنمية الشعور بالملكية إلى درجة الأنانية، إذ من المستحب أن يتبادل اللعب والمقتنيات مع إخوته وأصدقائه عن طيب نفس. وعملية التفريق بين الملكية الشخصية وملكية الغير تبدأ في المنزل وتستمر في المدرسة فالمنزل هو المؤسسة الأولى لتعليم الأمانة، إلى جانب الكثير من القيم الإنسانية الأخرى والدافع إلى السرقة قد يكون صادراً عن حاجة ماسة لسد رمق، أو لاقتناء حاجة، والأهل لا يستطيعون إشباع هذه الحاجة، فيضعف الطفل أمام الإغراء، وتحدث السرقة، أو قد يبخل الأهل عليه بشرائها غير مقدرين لمرحلة الطفولة، والقيمة الكبيرة للأشياء التى يرونها تافهة ولا لزوم لها، بينما هي هامة وضرورية للطفل.

(محمد شحيمى ١٩٩٤ : ٧٣)

فعلى سبيل المثال فإن الصغير الذى تمتد يداه إلى مكتب أبيه أو مكتبته ليأخذ منها أوراقاً أو أقلاماً أو كتباً مصورة أو غيرها ينبغي أن يفهم أنه يجب عليه أن يستأذن قبل أن يمد يديه إلى أى شئ ليس له.. ويمكن أن يُسمح له ببعض الأوراق أو الأقلام التى لا توجد حاجة إليها، على أن نخبره أن هذه الأشياء له بشرط ألا يمد يده إلى ما ليس له، فتكون فرصة لتعليمه معنى الملكية ومعنى احترام ملكية الغير.

وطفل الروضة يُسأل في نهاية يومه بالروضة عن الطعام الذى كان معه، وعن الأدوات المدرسية، وعن اللعب التى كانت معه ؟ وعما نقص منها ؟ أو زاد عليها ؟ من أين ؟

ومن الذى أعطى ؟ ومن الذى أخذ ؟ . وقد يستدعى الأمر أن يتوجه الأب أو الأم إلى المدرسة للحديث مع المسئولين هناك عن لعب الطفل وأدواته وما طرأ عليها من زيادة أو نقص فيعاد الزائد إلى أصحابه ويسترد الناقص منها ممن أخذه. (محمد الهمشرى وآخرون ١٩٩٦)

أولاً: تعريف السرقة:

السرقة هى "استحواذ الطفل على شئ يمتلكه غيره بإرادة منه بعيداً عن عيون الآخرين، ويحاول الاحتفاظ بالشئ المسروق لنفسه، ويحدث هذا السلوك بشكل متكرر. (أحمد بديوى ١٩٩٣ : ٣٢)

ثانياً: أشكال السرقة:

١) سرقة عارضة أو سرقة معتادة:

السرقة العارضة: وفيها يخضع الشخص للإغراء أو التحريض مرة أو مرات قليلة ثم يرجع عنها ، السرقة المعتادة: تكون عادة عديدة ومتكررة ولا يتمكن الشخص الرجوع عنها.

٢) سرقة حب التملك:

قد يُعجب الطفل بما فى حوزة غيره من اللعب أو الأدوات أو النقود، وقد يتركز هذا الإعجاب حول لعبة معينة أو أداة معينة. ولأن الطفل يعرف سلفا أن زميله سوف يرفض إعطاءه أو إعارته الأداة أو اللعبة لبعض الوقت – فإنه ينتهز أقرب فرصة ليستولى عليها خلسة فى غيبة صاحبها، أو فى لحظة غفلة منه، وهو يخبئها فى موضع سرى بين أدواته وحاجاته حتى يصل إلى مكان أمين فى بيته عادة فيخرج الأداة أو اللعبة ليسعد باستخدامها أو اللهو بها. (محمد الهمشرى ١٩٩٦: ٣٣)

٣) السرقة الكيدية:

بعض الأطفال يلجأون إلى سرقة الأشياء عقاباً إما للكبار أو لأطفال مثلهم حتى يصيب هذا الشخص المسروق الهلع والفزع، وذلك نتيجة وجود كراهية أو دوافع عدوانية تجاه الآخرين.

٤) سرقات من المال العام:

المال العام يتمثل فى كل ما هو ملك للمجتمع.. فالحدائق والطرق ومصابيح الإنارة مال عام ينبغى على الأفراد المحافظة عليه لأن أى عدوان عليه بالسرقة أو بالإتلاف يستوجب إعادة إصلاحه والإنفاق عليه من جديد، فتحرم بذلك مناطق أخرى من حقها فى

إقامة مثل هذه المنشآت... وكذلك وسائل الانتقال كالحافلات والسكك الحديدية وخطوط الطيران.

٥) السرقة لتحقيق الذات:

قد يلجأ الطفل إلى السرقة لإشباع ميل أو رغبة يرى فيها نفسه سعيداً أو ظهرت بصورة أفضل كالذى يسرق نقوداً للذهاب إلى السينما ليحكى عن الأفلام مثل غيره من الأطفال، أو ليركب دراجة مثل أصحابه، وربما كان فشله الدراسى خلف محاولة تعويضه بالظهور مادياً على غيره من الأطفال.

٦) السرقة نتيجة الحرمان:

قد يلجأ الطفل إلى السرقة تعويضاً للحرمان الذى يقاسيه.. فقد يلجأ إلى سرقة ما هو محروم منه أو ما يساعده على الحصول على ما حرم منه.

٧) الرغبة فى الظهور الإجتماعى:

يريد أن يظهر الطفل فى المدرسة بمظهر مناسب لزملائه ولا يريد أن يقل عنهم، ويريد أن يشترك فى الرحلات والمشروعات، فإذا رفض الأبوان إعطاء الطفل المبالغ اللازمة قد يلجأ الطفل إلى الحصول عليها من الأبوين بطريقة السرقة.

الطفل الذى يشعر أنه غير محبوب فى المدرسة: فيلجأ إلى السرقة لشراء الهدايا والأشياء المختلفة لزملائه لعله يحصل على صداقتهم وحبهم وقد يستعين بالنقود لشراء أشياء يقدرها ويحبها أصدقائه وهو نفسه لا يحتاج إليها. (كلير فهيم ١٩٩٣ : ٢٠٠)

٨) هوس السرقة Kleptomania :

وهى السرقة فى شكل نوبات لا شعورية حيث يشعر الشخص بتوّتر شديد قبل ارتكاب السرقة و إشباع عند اقترافها (محمود حمودة : ١٩٩١) وهوس السرقة قد يتم لدى غير المحتاجين تعبيراً عن افتقادهم للحب والحنان فى الطفولة وهو يتم بشكل لا شعورى.

ثالثاً: عوامل الخطورة وراء سرقة الأطفال :

١- عوامل أسرية:

إن أساليب القسوة فى المعاملة الوالديه والعقاب المتطرف والتدليل الزائد تسهم فى لجوء الطفل إلى السرقة إذا رافق ذلك عدم تعويد الطفل على التفرقة بين ممتلكاته وخصوصيات الأطفال الآخرين، أو لم تحترم ملكيته، والقدوة غير الحسنة لها دور فعال فى ممارسة الطفل لهذا السلوك.

وكذلك السرقات التي يقوم بها الطفل في البيت غالباً ما يغض الطرف عنها وعادة ما يعتبرها أحد الوالدين أو كلاهما هنات لا مبرر لتضخيمها، وقد تقوم الأم بإخفاء الأمر، ولكن ذلك في الحقيقة نذير بتفاقم الأمر مستقبلاً.

٢- الجماعة المرجعية وعشرة السوء:

وجود الطفل وسط جماعة تمارس السرقة أو هو أحد سلوكياتها تجعله ينقاد لأوامرها حتى يحصل أو يحافظ على مكانته فيها وانضمام الطفل إلى جماعة أقران تقوم بالسرقة دليل على إضطراب علاقته مع أسرته وسيطرة جماعة الأقران على قيمه وشخصيته.

والطفل الذي يرافق أحد أفراد أسرته أثناء الشراء ثم يراه يخفي بعض الأشياء ولا يدفع ثمنها فسوف يقلده، وبخاصة إذا لمس نجاح المهمة وربما اعتبره إنجازاً عظيماً عندما يسمع تفاخر السارق الكبير أمام الآخرين، أو يسمع أن ذلك الكبير سرق حاجات صديقه مكيدة فيه أو انتقاماً منه. وعموماً فالطفل الذي ينشأ في بيئة إجرامية تعتدي على ملكية الغير لا ينتظر منه غالباً إلا أن يسرق ويسير في درب الإجرام.

(دوجلاس توم، ١٩٥٨ : ٢١٦ ، زكريا الشربيني ، ٢٠٠١ : ٢٥)

٣- نقص الإحساس بحقوق الملكية:

فقد يسرق الطفل لعبة أخيه أو زميله لأنه يجهل معنى الملكية ويجهل كيف يحترم ملكية الآخرين، أي إن نموه لم يمكنه بعد من التمييز بين ماله وما ليس له وأن أخذ أشياء لا يملكها أمر شائن ولذا فإن الطفل إذا لم يُدرب في محيط الأسرة على التفرقة بين ما يخصه وما يخص غيره يكون من الصعب أن نتوقع منه أن يميز بين ما يحق له وما لا يحق له خارج المنزل. (دوجلاس توم: ١٩٥٨، ٢١٧ – ٢١٨)

٤- حب الامتلاك والتعويض عن الحرمان المادي:

فقد يسرق الطفل في محاولة منه لإشباع بعض الاحتياجات المادية التي يجد الآخرين يشبعونها بسهولة في الوقت الذي يكون هو محروماً منها وليس في مقدوره الحصول عليها – فهنا يشعر بدافع مُلح للسرقة ليمتلك ما هو محروم منه. (محمد عبد المؤمن ١٩٨٦)

٥- اضطراب المناخ الأسري:

فالمناخ الأسري المشحون بالتوترات أو عصبية الوالدين والخلافات المستمرة التي تجعل الوالدين يتجاهلان الطفل ولا يوفران مطالبه المادية نتيجة هذه المشكلات الأسرية – من هنا يحاول النيل منهما عن طريق السرقة.. وقد يكون أحد الوالدين منحرف السلوك أو

مدمناً أو هو نفسه محترفاً للسرقة، أو إذا نشأ الطفل في بيئة إجرامية عودته على السرقة والاعتداء على ملكية الغير، أو يكون الوالدان في حالة فقر شديد أو تأخر عقلي ولا يمكنهما توفير مطالب الطفل الأولية فيلجأ إلى السرقة لإشباع حاجاته أو للشعور بالقوة.. خاصة إذا استطاع الإفلات من العقاب. (كلير فهيم ١٩٩٣)

رابعاً: الوقاية من السرقة وعلاجها :

١- إشباع حاجة الطفل إلى المحبة والعطف حتى لا يجد حرجاً في البوح بكل ما يختلج في صدره، وليعبر عن سائر رغباته دون أي خوف .. ومعاملته برفق والاستجابة إلى طلباته المعقولة الممكنة، والاعتذار عن إجابة ما تعجز عن تحقيقه.

٢- احترام حق الطفل في تملك الأشياء المناسبة لنموه من اللعب والأدوات وإعطائه الفرصة للمشاركة في اختيار اللعب وشرائها، وتدريبه على المحافظة عليها وصيانتها، وجعله يعتز بملكيتها.

٣- إتاحة الفرصة للطفل لاستخدام النقود بتخصيص مصروف جيب يومي مناسب له، يتصرف فيه بحرية، لاستكمال ما قد ينقصه وما قد يحتاج إليه خلال اليوم من أدوات مدرسية أو حلوى.. الخ.

٤- توفير الحاجات المادية الضرورية (مأكل – ملبس ...الخ) للطفل.

٥- احترام ملكية الطفل وتعليمه احترام ملكية الغير.

٦- عدم التفرقة في المعاملة بين الأبناء فلا يُميز أحد الأبناء على غيره من الأبناء؛ حتى لا يتولد الشعور بالغيرة أو الحقد مما قد يدفع من يحس بالظلم من الأبناء إلى الانتقام من ممتلكات الطفل المميز أو ممتلكات الأبوين نفسيهما.

٧- عدم التشهير به أمام رفاقه إذا ما ضبط سارقاً، بل معالجة مشكلته بهدوء واتزان حتى لا نخلق منه سارقاً حقيقياً.

٨- اختيار القصص، والأفلام التربوية المناسبة للطفل، لأن هناك بعض وسائل التسلية المرئية والمقروءة تحرض الطفل على السرقة، وتظهر بمظهر بطولي فتظهر السارق إنساناً خارقاً يجذب أنظار الآخرين، ويمكن أن يوصف بالمهارة والحنكة والذكاء، والأطفال في مرحلة من مراحل الطفولة يتوقون أن يكونوا في هذه المواصفات ويحدث هذا طبعاً في غياب التربية الخلقية والدينية، وغياب عملية الضبط الأسري والاجتماعي.

٩- ضرورة مراقبة الوالدين لأموالهم قبل تكون عادة السرقة عند الطفل عملاً بالمثل الشعبى المعروف – المال السائب يعلم الناس السرقة – وحتى لو كانت التربية سليمة وحكيمة، فوضع المال فى مكان محافظ عليه، كى تكون له حرمته ومهابته أمر ضرورى. (محمد أيوب شحيمى ١٩٩٤ : ٧٧)

١٠- ينبغى أن تراقب الأسرة مقتنيات الطفل الخاصة.. فإذا ما طرأت عليها أية زيادة أو نقص حرصت الأسرة على التعرف على مصدر الزيادة أو سبب النقص، مع توجيه الطفل إلى رد ما ليس له إلى صاحبه واستعادة ما نقص من مقتنياته الخاصة، والحرص على ماله وعلى مال الغير على حد سواء(محمد الهمشرى وآخرون ١٩٩٦ : ٥٣)

١١- تنمية القيم الدينية لدى الطفل لأن التدين هو حصانة أو وقاية ضد الانحراف والمرض.

١٢- تعويد الأبناء على عدم الغش فى الحياة اليومية أو الامتحانات، لأن بعض الأباء يمتدحون شطارة أبنائهم فى الغش فى الامتحانات وهم بذلك لا يعلمون أنهم يكونون قد دفعوا أبنائهم دون رغبة منهم إلى السرقة.

١٣- إبعاد الأبناء عن رفاق السوء.

١٤- عدم التركيز على السر[illegible] العارضة للطفل (أى عندما يسرق الطفل لمرة واحدة أو مرات قليلة محدودة) وعدم إطلاق لقب (حرامى – لص – سارق) عليه حتى لا يحول الطفل اللقب إلى واقع فى المستقبل.

***

الفصل الثانى عشر
الكـذب

أولاً : تعريف الكـذب

ثانياً: أسباب الكـذب

ثالثا : أنواع الكـذب عند الأطفال

رابعاً: الوقاية والعلاج من الكذب

الفصل الثاني عشر

الكـذب

الأطفال يكذبون، للتهرب من مسؤولية، كما هو شائع، أو تجنباً للعقاب، أو للحصول على العطف والمحبة من الكبار، أو طمعاً بتحقيق غرض آخر، وقد يميل الطفل إلى الزهو ولفت الأنظار فلا يجد غير الكذب، أو يقلد والديه حين يستمع إلى كذبهم، فقد يكذب الأهل أمام أطفالهم على غير شعور منهم فيمتدحون شخصاً في حضوره فما أن يغادرهم حتى يذموه ويظهرو سيئاته، فيفهم الطفل من ذلك أن أهله كاذبون وتكون أحياناً بعض الأكاذيب الظاهرية صورة من المبالغة، فكثيراً ما يبالغ الكبار عند سرد بعض الحكايات مما يبرر تسميتهم بكاذبين. (عبد المنعم المليجي ١٩٧١ : ٤١٤)

والكذب كظاهرة نفسية لها جذورها التاريخية في الشخصية الإنسانية، ولقد كانت نقطة البداية في الدراسة العلمية حول سلوك الكذب تعود إلى نظرية فرويد Freud في الشخصية حيث يشير إلى أنه بطبيعة الحال لابد للطفل أن يتخطى عديداً من مراحل النمو، ولا نتوقع منه الصدق في مراحله المبكرة، وذلك لأن الأمر يستغرق وقتاً طويلاً كي يكتسب الطفل وظائف الأنا والأنا الأعلى. (عبد السلام الشيخ ، وممدوح صابر ١٩٩٦ : ٧٢)

ويشير عبد الله عسكر (٢٠٠٥ : ١١٢) إلى أن النشاط النفسي للكائن البشري يبدأ بالخيال، ومع ظهور اللغة تتفاعل الأنشطة النفسية لتنتج المتخيل، ويُعد الكذب في الطفولة شكلاً من أشكال إنكار العجز والقلق الطفلي عن طريق الكلام، حيث يميل الطفل إلى اختلاق قصص من وحي خياله لأحداث لم تحدث في الأصل، وغالباً ما يلجأ الطفل للكذب خوفاً من العقاب، فالأجواء غير الآمنة والنماذج الأسرية غير الأمينة في طرح مشاكلها أو التعبير عن رغباتها إنما يؤدي بالطفل إلى اعتماده على الكذب كحيلة دفاعية لتجنب العقاب أو لتحقيق مكسب.

وقد تكون حكايات الأطفال الذين يبالغون في سردها عادة سلوكية إذا كانت تجذب انتباه الآخرين وتستثير عطفهم وتجعله مقبولاً اجتماعياً، كما أن هناك كذباً سلوكياً متعلماً يختلف عن الحيل الدفاعية، وهذا الكذب يكون مكتسباً من إحدى النماذج الأسرية وقد يرغم الأهل الابن على الكذب، إذا طلب من الطفل مثلاً الإجابة عما إذا كان الأب موجوداً من خلال محادثة تليفونية، ولا يرغب الأب في الحديث مع السائل، فإنه يشير لابنه أن يقول إنه غير موجود، وإذا ما أخطأ الطفل وقال إن الأب موجود ينهال عليه الأب

بالعقاب، وهذا ما يهز بنيان الثقة في الآباء ويجعل الطفل أكثر سخطاً وحقداً وشعوراً بخيبة الأمل واختلال النموذج الذي ينبغي أن يحتذيه في حياته الراشدة.

أولاً: تعريف الكذب:

الكذب عكس الصدق وهو أن يقول الطفل كلاماً غير صحيح مع معرفته التامة بذلك، بغرض المنفعة الخاصة أو تجنب العقاب. (كلير فهيم ١٩٩٣ : ٢١٣)

فإذا تعمد الطفل تجنب قول الحقيقة أو حرّف الكلام، أو ابتدع ما لم يحدث، مع المبالغة في نقل ما حدث، أو اختلق وقائع لم تقع -قيل أنه يتصف بسلوك الكذب. (زكريا الشربيني١٩٩٤ : ١٩)

ويرى فرج طه (١٩٩٣) أن هوس الكذب Mythomani عرض يشير إلى اضطراب نفسي، ويتمثل في ولع الفرد باختلاق قصص وأحداث وهمية يدعي أنها وقعت بالفعل ، أو مرت به حقيقة وغالباً ما يكون الفرد نفسه محور هذه القصص وتلك الأحداث، ولا يجدي مواجهة الفرد بكذب إدعائه في تخليه عن عادته تلك، أو إقلاعه عنها أو حتى توقفه عن استمرارها، وكأنه مجبر على تكرارها لما تؤديه له من وظيفة نفسية كتأكيد الذات وإنكار أوجه النقص فيه أو الدفاع ضدها. (فرج طه ١٩٩٣ : ٨٣٣)

ثانياً: أسباب الكذب:

١- عدم اشباع حاجات الطفل:

عندما لا يستطيع الأطفال إشباع حاجاتهم النفسية والمادية، فإنهم قد يشبعون هذه الحاجات عن طريق الأحلام أو عن طريق الأكاذيب التي تحفظ عليه شعوره بالقيمة ويحاول من خلال الكذب التغلب على ما يشعر به من قصور وعجز.

٢- التقليد والتوحد:

يعتبر الوالدان قدوه للأطفال وكذب الوالدين أو أحدهما مع وجود قدر من الحب من الابن لأبيه تجعله يعتقد أن ما يقوم به الوالد هو الصحيح وأن العالم الخارجي لا يمكن التعامل معه إلا بالخداع والكذب وعدم الصدق.

٣- سوء سلوك الوالدين:

يلجأ بعض الآباء إلى الزج بأبنائهم في مواقف يضطرون فيها إلى الكذب، وهذا أمر لا يتفق مع أصول التربية السليمة.. كأن يطلب من الإبن أن يرد كذباً على السائل عن أبيه تليفونياً بأنه غير موجود. إن الطفل في هذا الموقف يشعر بأنه أُرغم فعلاً على الكذب، وأن

الكذب مقبول وإلا لما لجأ إليه مثله الأعلى... "الوالد أو الوالدة". كما أنه يشعر بالظلم عند عقابه عندما يكذب هو فى أمر من الأمور، كما يشعر بقسوة الوالدين الذين يستحلون لأنفسهم سلوكاً لا يسمحون له به.

٤- الهروب من العقاب:

عندما يكون العقاب الوالدى شديداً ومتكرراً وغير متناسب مع الموقف الذى قام به الطفل، قد يلجأ الطفل للكذب كوسيلة لحماية نفسه من العقاب الوالدى.

٥- قد يكون الكذب عرض لاضطرابات نفسية أخرى:

وفى هذا الإطار أشارت دراسة ممدوح فؤاد (١٩٩٤) عن سيكولوجية الكذب إلى أن الكذب قد يكون عرضاً لأمراض نفسيه مثل السيكوباتية والهستيريا والخوف المرضى بالإضافة إلى العدوان، حيث توصل إلى أن الأشخاص الذين ترتفع لديهم الأعراض المرضية هم أكثر كذباً من الذين تنخفض لديهم هذه الأعراض.

هذا وقد أشارت دراسة عبد السلام الشيخ وممدوح صابر (١٩٩٦) إلى أن كذب الوالدين أو أحدهما قد يؤدى إلى أمراض عصابية (قلق – عدوان) ومفهوم ذات سلبى لدى الأبناء، كما صورة الوالدين المتناقضة لدى الطفل قد تؤدى إلى مزيد من الاضطراب الانفعالى لديه، فإدراك الطفل لكذب والديه واختلاقهم لأعذار كاذبة للهروب من المواقف أو إدعاء أشياء لم تحدث تزيد من عدم ثقته بوالديه وبنفسه وبالعالم أجمع.

ثالثاً: أنواع الكذب عند الأطفال:

١- الكذب الخيالى:

ويحدث قبل سن الرابعة حيث لا يستطيع الطفل أن يفرق بين الواقع والخيال، وهذا الكذب لا يعتبر مرضياً، وإنما يحتاج إلى تدخل الآباء حتى لا يتمادى الطفل فى الخلط بين الواقع والخيال.

٢- الكذب الالتباسى:

وفيه تلتبس على الطفل الحقائق وتعجز ذاكرته عن أن تعى حادثة معينة بتفاصيلها، فيلجأ دون أن يدرى إلى أن يحذف منها بعض التفاصيل ويضيف إليها أخرى من عنده حتى تصبح مستساغة لعقله الصغير ومنطقه المحدود.

٣- الكذب الادعائى:

وهى إدعاء الطفل لامتلاكه لأشياء أو ألعاب من أجل ينال تقدير واهتمام زملائه أو أصدقائه.

٤- الكذب الدفاعى:

وهو من أكثر أنواع أو أشكال الكذب شيوعاً بين الأطفال، ويهدف هؤلاء الأطفال إلى منع عقوبة سوف تقع عليهم.

٥- الكذب الانتقامى:

وهو كذب يُقصد به الانتقام من الآخرين وإلحاق الضرر والأذى بهم بسبب ما يشعر به الطفل من كراهية وحقد تجاههم.

٦- الكذب الوقائى:

وفيه يكذب الطفل على أصحاب السلطة عليه كالآباء والمعلمين ليحمى أخاه أو زميله من عقوبة قد توقع عليه.

٧- الكذب المزمن أو الكذب المرضى:

هو حالة مرضية قد يجد الطفل نفسه مدفوعاً فيها لا شعورياً.. فيكذب فى أغلب المواقف ويعرف عنه أنه كاذب دائماً.. ويكون الطفل غير ناجح فى حياته المدرسية ويعانى شعوراً شديداً بالنقص.. ومن شدة الشعور بالنقص مع العجز فى النجاح يلجأ إلى الكذب ليحقق رغبته الشديدة فى النجاح أو فى تحقيق أهدافه كطفل.

٨- الكذب العنادى:

ويلجأ إليه الطفل لتحدى السلطة ومخالفة الأوامر عندما تكون الضوابط والحدود والقيود شديدة على الطفل.

رابعاً: الوقاية والعلاج من الكذب :

١- توفير جو أسرى آمن قائم على إشعار الطفل بالحب والتقدير والاحترام مع وضع ضوابط معقولة ومتسقة على الطفل.

٢- أن يكون الوالدان قدوة صالحة للطفل وفى الصدق والتطابق بين الأقوال والأفعال وعدم الكذب.

٣- عدم استخدام العقاب الشديد أو السخرية عندما يرتكب الطفل خطأً ما.

٤- تعويد الأبناء على الحب والتسامح وإبعادهم عن الكراهية والانتقام.

٥- عدم التفرقة فى المعاملة بين الأبناء.

٦- إقناع الطفل بأن الصدق منجٍ وأن الصدق هو أقرب الطرق للإقناع وأن الكذب سوف يتم اكتشافه فى أى وقت.

٧- تنمية القيم الدينية لدى الطفل والتركيز على أهمية الصدق، وتدعيم سلوك الأمانة والصدق، وتحفيزه وتشجيعه على التعبير عن حاجاته ورغباته بصورة صادقة حتى يحقق الأمن النفسى واحترام الذات.

٨- ويقترح عبد الله عسكر (٢٠٠٥) للوقاية من الكذب ما يلى : يجب أن نبعد عن أسلوب الاستجواب وجمع الأدلة من أقرانه للتدليل على كذب الطفل لأن ذلك يجعله أكثر سخطاً وحقداً، وتهتز ثقته بزملائه، بينما ينبغى تجنب المواجهة الصريحة باتهام الكذب، وإنما ينبغى أن يكون الحوار متوازناً فى صورة من التداعيات التلقائية حتى يكتشف الطفل حقيقة كذبه، وفى هذه الحالة نساعده على التخلص من الشعور بالخزى المفرط حيال كذبه حتى يتمكن من اعتماد وتدعيم سلوك الأمانة وقول الصدق.

٩- كما ينبغى أن تلتزم المناهج الدراسية قول الصدق للأطفال، وإطلاعهم على الحقائق العلمية والتاريخية والسياسية، لأن الصدق فى التعلم هو السبيل لتحقيق مجتمع يقوم على قول الصدق والأمانة والتعامل مع الواقع بعيداً عن اختلاق الأكاذيب التربوية التى تتناقض مع الواقع والتى تصدم الطفل حين يكبر ويستطيع الوصول إلى الحقائق، مما يضعف لديه الانتماء ويهدد بنية المجتمع ويجعله أكثر انقساماً وتخلفاً. (عبد الله عسكر، ٢٠٠٥ : ١١٥)

***

الفصل الثالث عشر
العـــدوان

أولاً : تعريف العدوان
ثانياً: الاستهداف للعدوان
ثالثا : الآثار المترتبة على العدوان
رابعاً: عوامل الخطورة فى العدوان
خامساً: أشكال العدوان
سادسا : سبل مواجهة العدوان والتقليل منه

الفصل الثالث عشر

العـدوان

Aggression

أصبح العدوان فى العصر الحديث ظاهرة سلوكية واسعة الانتشار تكاد تشمل العالم بأسره، ولم يعد العدوان مقصوراً على الأفراد، إنما اتسع ليشمل بعض الجماعات فى إطار المجتمع الواحد، وكذلك بعض المجتمعات ، بل وأحيانا ما يصدر عن الدول والحكومات. والعدوان قد يكون ضرورياً عندما يكون من أجل الحياة والبقاء، وعندما يكون سلاحاً فى يد الإنسان يستخدمه فى معركته مع الطبيعة، والإنسان من أجل البقاء والحفاظ على الذات وتحقيق الوجود والحرية والتقدم والبقاء ، وهو عكس ذلك إذا تحول- عن وعى أو غير وعى - إلى سلاح يعمل لصالح الموت والخراب بالنسبة للإنسان وبالنسبة لبيئته على السواء ومن ثم كان مفهوم العدوان صعباً على التعريف والتحديد، اطا ره المرجعى مشتت ومتعدد ذلك لأنه ينتمى إلى كثير من العلوم، كعلم النفس، والفسيولوجيا، وعلم الاجتماع والانثربولوجيا والاقتصاد وغير ذلك من العلوم وهو صعب من حيث اختلاف استخداماته، فهو يستخدم فى وصف سلوك الإنسان فى محاولاته العديدة لترويض الطبيعة وتطويعها والسيطرة عليها بل والقضاء على جوانب الشر والأذى فى بعض عناصرها، وهو يستخدم فى وصف الإنسان الطموح النشيط الذى لا تقف أمامه العقبات ويظهر ذلك بوضوح فى بعض الثقافات مثل الثقافة الأمريكية حيث يُقال بإعجاب He is aggressive (هذا رجل عدوانى) (سعد المغربى ١٩٨٦ : ٢٥) أو كن عدوانيا تكن سليماً أو صحيحاً. Be aggressive to Be Health (Berkowits, 1993)

ويظهر العدوان لدى الطفل فى مرحلة مبكرة من النمو، حيث يبدأ بعض ثدى الأم حين تظهر أسنانه فى النصف الثانى من العام الأول، وهو سلوك قد يكون غير مقصود أو ناتج عن إحباط نقص اللبن، ولكن حيث تبادله الأم العداء فإنه يرد بزيادة العض على الثدى، وقد تكون بداية لدائرة مفرغه من العدوان بين الأم وطفلها وبعد ذلك يكون العناد خطوه نحو إثبات الذات والاستقلال إلا أن المبالغة هى التى تجعل سمه العناد مرضيه.

(محمود حموده ١٩٩٣ : ٢٠)

ويقل العدوان فى مرحلة الطفولة المتأخرة أو مرحلة الطفولة الهادئة كما يسميها مخيمر (١٩٨٠ : ٤٠) وهى مرحلة الكمون عند فرويد إلا أن بعض الأطفال الذين يعانون من ظروف أسرية غير ملائمة يعانون من اضطراب السلوك ومن انتهاك حقوق الآخرين أو حقوق

وقيم وقوانين المجتمع والعدوان في المراهقة قد يظهر على شكل تمرد على الوالدين والسلطة أو عدوان مباشر أو قد يتخذ المراهق هوية سلبية مضادة لما يريده الوالدان والمجتمع. (Erikson : 1980) .

أولاً: تعريف العدوان Aggression

يمكن تعريف العدوان على أنه " أي سلوك يصدر عن الفرد يهدف إلحاق الأذى أو الضرر بفرد آخر (أو مجموعة من الأفراد) يحاول أن يتجنب هذا الإيذاء سواء كان بدنياً أو لفظياً، وسواء تم بصورة مباشرة أو غير مباشرة، أو أفصح عن نفسه في صورة الغضب أو العداوة التي توجه إلى المعتدى".

ويشتمل هذا التعريف على ما يلي:

- يهدف السلوك العدواني إلى تعمد إيذاء طرف آخر وليس إيذاء الذات.
- وجود رغبة لدى المجني عليه في تجنب هذا الأذى.
- ربما يأخذ السلوك العدواني صورة بدنية (تتمثل في الضرب أو العض أو الكسر) أو لفظية (تتمثل في السباب أو التهكم) وهذان البعدان يمثلان المكون الوسيلي أو الحركي للسلوك العدواني.
- ربما يوجه السلوك العدواني إلى الطرف الآخر بصوره مباشرة (ايذائه بدنياً أو لفظياً) أو غير مباشر (اطلاق الشائعات أو الأقاويل ضده).
- يمثل الغضب المكون الانفعالي للعدوان فهو يشتمل على الاستثاره الفسيولوجية والاستعداد للعدوان وتمثل العداوه الجانب المعرفي للسلوك العدواني، بما تشمله من مشاعر الظلم والبغض والحقد. (معتز عبد الله، وصالح أبو عباة ١٩٩٥ : ٥٢٩)

وعدوان الأطفال له خصوصية عن عدوان الكبار فقد يكون العدوان جسمياً ويشمل نشاطات تدميرية مثل الضرب والعض والخربشه، أو لفظياً مثل الصياح والسباب والألفاظ النابية والتهديد للغير.

ثانياً: الاستهداف للعدوان:

يشير هذا المفهوم إلى قابلية الفرد (خاصة الطفل) لأن يكون موضوعاً للعنف، ومن المفترض وجود مجموعة من الصفات التي تزيد من الاستهداف للعدوان عندما يتصف الفرد بها ومن أهم هذه الصفات:

١- ضعف البنية والعجز البدني.

٢- التعلق بالمعتدى والاعتماد الزائد عليه مما يجعل الطفل عاجزاً عن رد عدوان المعتدى.

٣- التخاذل وعدم اتخاذ ردود أفعال حازمه إزاء اعتداءات سابقة أو حالية مما يقلل من كلفة العنف بالنسبة للمعتدى، ويضاعف المكاسب التى يجنيها من وراء عدوانه.

٤- انخفاض مستوى الذكاء.

٥- تدنى المهارات الاجتماعية وانخفاض القدرة على توكيد الذات.

٦- انخفاض تقدير الذات نتيجة لانخفاض مستوى المهارات الاجتماعية.

٧- استفزاز المعتدى من خلال عدم احترامه أو عدم إطاعة أوامره- أو رفض الإذعان والتوقف عن اللعب مثلاً (طريف شوقى ٢٠٠٣ : ٢٦٧)

ثالثاً: الآثار المترتبة على العدوان:

للعدوان آثار سلبية على كل من الضحية أو الجانى، سواء كان فرداً أو جماعة أم مجتمعاً وتكون مؤقتة أو تستمر لفترات طويلة، وقد تشمل كل من الجوانب البدنية والوجدانية والسلوكية والاجتماعية كما يلى:

أ- تأثير العدوان على المعتدى:

لا تقتصر آثار العدوان على الضحية فحسب بل تمتد أيضاً للمعتدى كما يلى:

١- زيادة عدوانيته وترسيخ الاعتقاد بأن القوة هى الوسيلة الوحيدة للتعامل مع الآخرين والسيطرة عليهم لأنه قد نجح فى ذلك عدة مرات ويترتب على ذلك أن يتحول الطفل إلى مشروع مجرم فى المستقبل ويكثر تردده فيما بعد على أقسام الشرطة والسجون وأحياناً مصحات علاج الادمان.

٢- انخفاض مستوى التعليم والتحصل الدراسى.

٣- نقص المهارات الاجتماعية لصعوبة تواصله مع الآخرين بسبب عدوانيته وعداءه للآخرين وبالتالى تقل لديه فرص إقامة علاقات مع الآخرين.

٤- عدم القدرة على التقمص العاطفى أى وضع ذاته موضع الآخرين.
(Wiggins et al 1994, 273)

٥- ربما يكون العدوان ضاراً على الصحة الجسمية للمعتدى فالغضب والعدائية وهى أمور مصاحبه دوماً للسلوك العدوانى من قبل المعتدى، تزيدان من مخاطر التعرض

لمشكلات صحيه خطيره أهمها أمراض الشريان التاجي التي تؤدى إلى الذبحه الصدرية لما يتسم به هؤلاء المعتدين من عدائية واندفاعية.

٦- التبلد العاطفي نتيجة تكرار العدوان على الآخرين ونقص الاحساس بمعاناة الآخرين من ألم. (محمد السيد عبد الرحمن ٢٠٠٤ : ٤٠١)

٧- رفض الأقران والزملاء له حيث أشارت دراسة عماد مخيمر (٢٠٠٣) إلى أن الطفل العدواني يعاني من إنخفاض شعبيته وعدم وجود أصدقاء له وعدم رغبة زملائه في إقامة علاقة صداقة معه مما قد يزيد من إحباطه وعدوانيته تجاه الآخرين.

وتشير فوقيه راضي (٢٠٠١) إلى أن الأطفال المعتدين على أقرانهم لديهم حاجة إلى الشعور بالقوة ويحصلون على الرضا من معاناة الآخرين وإيقاع الأذى بهم ولديهم تعاطف قليل مع ضحاياهم، وهم يبررون عدوانهم بأن ضحاياهم أثاروهم بطريقة ما، وغالباً ما يأتي هؤلاء الأطفال من أسر ينقصها الدفء والشعور بالحب، وتستخدم هذه الأسر العقاب البدني مع أطفالها، مما يجعل هؤلاء الأطفال يكررون مع زملائهم ما تعرضوا إليه في أسرهم و يجعلهم يتمردون ويقفون ضد النظام الاجتماعي ويكسرون القوانين المدرسية.

ب- تأثير العدوان على الضحية:

يعانى ضحايا العدوان الذين تعرضوا للضرب أو السرقة أو الاعتداء الجنسى من آلام تفوق جروحهم الجسدية ويتمثل ذلك فيما يلي:

١- الشعور بعدم الأمن والخجل وعدم الثقة بالآخرين.

٢- الشعور بالقلق وانخفاض تقدير الذات والانطواء وأحياناً البكاء.

٣- الخوف من المدرسة (إذا كان الاعتداء يقع فيها) وعدم الرغبة في الذهاب إليها مما يعوق استمرار الأطفال في التعليم.

٤- الشعور بالعجز Helplessness ولوم الذات لعدم القدرة على الرد على المعتدى.

٥- أحياناً قد يؤدى تعرض الطفل للعدوان إلى التوحد بالمعتدى (وفقاً لمفاهيم التحليل النفسى) حيث يتوحد الطفل بمن اعتدى عليه اعتقاداً بأن العدوان هو الوسيلة المثالية للتعامل مع الآخرين وإخضاعهم فيبدأ الطفل في الاعتداء على الأطفال الآخرين مما يؤدى إلى زيادة "دورة العدوان بين الأطفال".

وتشير دراسة فوقيه محمد راضي (٢٠٠١) إلى أن الأطفال ضحايا عدوان ومشاغبة زملائهم يعانون من انخفاض تقدير الذات وزيادة أعراض الاكتئاب والوحدة

النفسية، كما تشير الدراسة إلى الذكور يتورطون فى مواقف العدوان البدنى أكثر من الإناث، كما أن تلاميذ الصفوف الأدنى أكثر تعرضاً للمشاغبة اللفظية والجسمية بينما التلاميذ فى الصفوف الدراسية الأعلى أكثر قدرة على استخدام استراتيجيات الاستبعاد الاجتماعي.

رابعاً: عوامل الخطورة فى العدوان :

توجد الكثير من عوامل الخطورة التى قد تؤدى فى النهاية إلى العدوان ومن أهم هذه العوامل :

١- اضطراب ونقص نمو الجهاز العصبى وكذلك ارتفاع مستوى الاستثارة الفسيولوجية فى نشاط الجهاز السمبتاوى.

٢- عوامل بيولوجية مثل المرض الجسمي والتعرض للحوادث والإصابات، الإدمان.

٣- النوع حيث إن الذكور أكثر ممارسة للعدوان من الإناث بحكم التكوين البيولوجى، كما أن المجتمع يتسامح مع العدوان الصادر عنهم أكثر من الإناث.

٤- ظروف أسرية غير مواتية مثل:

- انفصال الوالدين أو طلاقهما.
- المشاجرات المستمرة بين الوالدين.
- إدمان أحد الوالدين.
- التعرض للإساءة الجسمية (الضرب الشديد والمتكرر والذى يترك كسور وجروح – وكذلك الكى بالنار ... الخ).
- التعرض للإساءة النفسية (التجاهل السخرية – التحقير – إطلاق الألقاب غير المحببة إليه عليه – مقارنته بزملائه الأفضل – حرمانه من الحب – عدم الحديث معه – معايرته بعيوبه وجوانب نقصه).
- الحماية الزائدة للطفل والتساهل معه وعدم وجود ضوابط أو قواعد سلوكية ثابتة ومستقره داخل الأسرة.
- التشدد فى الضوابط السلوكية للأطفال.
- التسامح والتساهل مع عدوان الطفل على الآخرين.
- فقر الأسرة وضيق السكن والزحام داخل المنزل.
- عدم نمو الضمير لدى الطفل حيث أن نمو الضمير يتطلب علاقة ثابتة مستقرة قائمة على الحب والتعاطف وأن يكون الوالد نموذجاً أخلاقياً يقتدى به الطفل.

٥- نقص مستوى ذكاء الطفل.

٦- الظروف الاجتماعية والثقافية غير المواتية مثل الفقر والبطالة وتدهور التعليم والزحام والضوضاء وتلوث البيئة.

(Wiggins , et al 1994 : 371 – 389. Brehm & Kassin, 1990, 352 – 365).

٧- التأثر بجماعات الأقران، فإذا كانت هذه الجماعة عدوانية – أو متمردة زادت إمكانية تأثيرها على الطفل لا سيما بضعف تأثير الأسرة على الطفل واقتراب دخوله في المراهقة. (عماد مخيمر وعزيز الظفيرى ٢٠٠٢ : ١١ – ٧٧)

٨- تصورات الطفل عن نفسه: حيث إن الطفل المعتدى يتبنى مجموعة من التصورات حول نفسه قوامها انخفاض تقدير الذات، وشعوره بالعجز لعدم كفايته، وأن إنجازه محدود، وليس له أهداف محدودة فى حياته وأنه أقل ذكاء مما يصيبه بالإحباط ويزيد من عدوانيته.

٩- تصورات الطفل عن ضحيته: حيث إن اعتقاد الطفل بضعف ضحيته أو عدم قدرة الضحية على رد الاعتداء يجعله أكثر استهانه بالضحية. (طريف شوقى ٢٠٠٤ : ٢٦٢ – ٢٦٣)

١٠- مشاهدة برامج العنف: يتعلم الأطفال العدوان إما بشكل تلقيني مقصود من الآخرين وخاصة أثناء طفولتهم، وبصورة غير مقصودة من خلال مشاهدتهم الآخرين يتصرفون بطريقة عدوانية سواء في الواقع أو من خلال وسائل الإعلام.

وتشير ممدوحة سلامة (١٩٩٥ : ١٨٥ – ١٨٦) إلى وجود أد له علمية قاطعة على العلاقة بين مشاهدة برامج العنف فى وسائل الإعلام وبين ارتفاع مستوى العدوانية لدى الأطفال ويفسر باندورا ذلك بأن التعلم بالملاحظة له دور لا يمكن إغفاله فى تعلم السلوك الاجتماعى سواء السلوك الذى له وقع إيجابى أم السلوك الذى له تأثير ضار، والعنف على شاشة التليفزيون يشجع أشكالاً من السلوك العنيف كما يغذى قيماً واتجاهات اجتماعية تتعلق بالعنف فى الحياة اليومية، والدراسات الميدانية تشير بشكل متزايد إلى أن العدوانية تتزايد لدى مشاهدى البرامج العنيفة فالتعرض الطويل لدى مشاهدى العنف فى التليفزيون يمكن أن يكون له على الأقل أربعة أنواع من التأثير على الأطفال كما يلى:

١- أن مشاهدة العنف تعلم المشاهد بالملاحظة أنماطاً جديدة من السلوك العدواني.

٢- أن مشاهدة العنف والعدوان تقلل من الكفوف والموانع التى يفرضها الفرد على سلوكه ورغباته العدوانية.

٣- أنها ترفع من حصانة الأطفال للعنف والسلوك العدوانى كما أنها تعودهم على أشكال العنف.

٤- أنها تشكل تصور الأطفال عن الواقع وينشأ عن هذا التصور أشكالا مختلفة من السلوك والأفعال.

وللأسف فإن مجرد اكتساب السلوك العدوانى بطريقة ملاحظته واتخاذه نموذجاً فإن مثل هذا السلوك يظل مستمراً لمدى طويل من الزمن نتيجة استبقاء مثل هذا السلوك في الذاكرة مع إمكانية استرجاعه فى الموقف المناسب.

ويتأثر الأطفال أكثر بمشاهدة العنف إلا أن برامج العنف ومشاهدته على الشاشة الصغيرة وجد لها نفس الأثر الضار- على سلوك المراهقين والشباب، ومثل هذه النتائج والأدلة لا شك أنها تثير القلق والانزعاج وبصفة خاصة إذا ما علمنا أن الأطفال تقضى وقتا طويلا أمام التليفزيون ويرجح أنه يزداد أكثر أيام العطلات الأسبوعية وإجازات المدارس.

خامساً: أشكال العدوان:

يأخذ العدوان أشكالاً عدة منها:

- العدوان الجسمى ضد الأشخاص الآخرين (الضرب - العض - التشويه - القتل - السرقة بالاكراه..).
- العدوان الجسمى ضد الأشياء (كسرها - حرقها - إتلافها).
- العدوان الجسمى ضد الذات (تشويهها - إيذائها - قتلها).
- العدوان اللفظى (سب الآخرين وإهانتهم والفتن التى توقع بين الناس).
- العدوان السلبى (عدم مساعدة الآخرين عند الحاجة).(محمود حموده ١٩٩٣ : ٢٣)

سادساً: سبل مواجهة العدوان والتقليل منه:

١- التقليل من مشاهدة العنف فى برامج التليفزيون.

٢- التقليل من المشاجرات والخلافات الأسرية أمام الطفل.

٣- التقليل من استخدام العقاب البدنى مع الطفل حتى لا يستخدمه الطفل مع الأطفال الآخرين.

٤- مساعدة الطفل على ممارسة الأنشطة الرياضية والإبداعية.

٥- تحسين ظروف مجتمع الطفل (تحسين دخل الأسر - التقليل من الضوضاء - التلوث ...الخ).

٦- تدعيم الاستجابات المضادة للعدوان وتنمية السلوك البناء اجتماعياً كالإيثار والتسامح والصداقة والالتزام الأخلاقي.

(طريف شوقي ٢٠٠٣ : ٢٨٤)

٧- تنمية القيم الدينية والأخلاقية لدى الطفل لأن التدين وقاية من الاضطراب والانحراف والعدوان.

٨- عدم التمييز بين الأخوة حتى لا يشعر الطفل بالغيرة والإحباط.

٩- التدريب على التحكم في المشاعر والانفعالات من منطلق أن الشديد ليس بالصرعة، ولكنه الذي يملك نفسه عند الغضب.

١٠- تقبل الطفل وإشعاره بالحب والاهتمام والاحترام والتقدير لتكون لديه ثقة في ذاته وثقة بالآخرين وهذه الثقة تمثل قاعدة لعلاقاته الطيبة مع الآخرين وقاعدة لنجاحه الدراسي والمهني في المستقبل.

****

الفصل الرابع عشر
اضطرابات النوم لدى الأطفـال

أولاً : تعريف النـوم
ثانياً: وظائف النـوم
ثالثا : العدد المثالي لساعات النوم
رابعاً: أسباب اضطرابات النوم
خامساً: أهم أنـواع اضطرابات النوم
١) مقاومة الذهاب إلى النوم
٢) قلة النـوم
٣) الخـدر
٤) الأرق
٥) الكابوس والفزع الليلي
٦) فـرط النـوم
٧) اضطراب المشي أثناء النوم
سادسا : نصائح لنوم صحي سليم لدى الأطفال

الفصل الرابع عشر

اضطرابات النوم لدى الأطفال

يقضي الإنسان ثلث حياته تقريبا في النوم ، أي إن معظمنا يقضي ما يقرب من ثلاثة آلاف ساعة كل عام في النوم ويحتاج الوليد في الأسبوعين الأولين إلى نوم ١٦,٥ ساعة تقريبا في اليوم الواحد ، في حين أن نوم طلاب الجامعة في المتوسط يتراوح بين ٧ و ٨ ساعات في اليوم ، وبعد عمر الخمسين تنخفض الساعات الكلية للنوم إلى أقل من ست ساعات .*(أحمد عبد الخالق ٢٠٠١ : ٣)*

والنوم ضروري للإنسان كالطعام والماء والهواء ، وهو رحمة من رب العالمين ، قال تعالى : ﴿ وجعلنا الليل لباساً ﴾ أي سترا لكم ،ولذلك أجمع العلماء على أن النوم في الليل مهم جداً لصحة الأبدان ، كما أنه آية من آيات الله عز وجل وله قيمة حيوية في حياتنا ، فهو عملية جسمية نفسية ضرورية لتحقيق الصحة الجسمية والنفسية ،ويركز معظم الباحثين على الاضطرابات والمشكلات النفسية أثناء اليقظة ولا يتناولون اضطرابات النوم على الرغم من أننا ننام ثلث أعمارنا تقريبا .

والحاجة إلى النوم من الحاجات البيولوجية الضرورية لنمو الطفل ، فالنوم من أهم العوامل لتعويض ما أنفقه الطفل أثناء بذل الجهد والنشاط ، لأنه يريحه راحة تكاد تكون تامة، ففي النوم يقل النشاط على أدنى حد ، ويبطئ التنفس والدورة الدموية، وبذلك يساعد الجسم على الاحتفاظ بالتوازن من حيث التكوين الكيميائي والعمليات الفسيولوجية*(هدى قناوي،١٩٨٣، ١٢٧)*

وترجع أهمية النوم عند الأطفال إلى كون النوم يرتبط ارتباطا وثيقا مع التغذية في عملية بناء الجسم ، ذلك البناء الذي ينمو نموا مطرداً على مر الأيام ، لذلك فإن انتظام التغذية مرتبط ايضاً ارتباطا وثيقا بعادات النوم عند الأطفال ، بمعنى أنه إذا حدث اضطراب في أي منهما ، فإنه يؤثر على الآخر ، وبالتالي تتأثر صحة الطفل الجسمية والنفسية .

وكنتيجة للتغذية السليمة والنوم لساعات طويلة ، يختزن الطفل طاقة تزيد عما يحتاج إليه جسمه للنمو ، ولذلك فهو يستنفذ باقي الطاقة في ساعات يقظته في الحركة واللعب ، وبذلك يمرن عضلاته ، ويكتشف العالم المحيط به. وبمجرد أن يبدأ في المشي ، يجري ويلعب ويعبث بكل شيء حوله ، مما يساعده على كسب المهارات الحركية والعقلية ،

والتكيف لرغباته وحاجاته ، وقد يؤدى به ذلك إلى الشعور بالاجهاد ، فيقوم بتعويضه عن طريق النوم والتغذية ، وهكذا .

ويشير *كارلسون وكوردوفا* (*Carlson & Cordova,1999: 415*) إلى انتشار اضطرابات النوم بين الأطفال والمراهقين حيث إن ٢٥٪ –تقريبا– من الأطفال يعانون من أحد أشكال اضطرابات النوم خلال مرحلة الطفولة .

أولاً : تعريف النوم :

هو حالة طبيعية متكررة ، يتوقف فيها الكائن الحى عن اليقظة وتصبح حواسه معزولة نسبيا عما يحيط به من أحداث *(حسان شمس ١٩٩٣ : ٢٥)*. وهو حالة وظيفية حيوية لها اهميتها فى استعادة النشاط وحفظ الاتزان الداخلى اللازم لإمداد الجسم بالطاقة اللازمة لاستمرار الحياة . *(لطفى الشربينى ٢٠٠٠ : ٢٥)*

ثانياً : وظائف النوم :

للنوم وظيفة بيولوجية لدى الإنسان والحيوان ، مثله فى ذلك مثل المشى والأكل والتنفس ، ويرتبط النوم بتغيرات فيزيولوجية شتى منها التنفس ، ووظيفة القلب ، ونشاط العضلات ، ودرجة الحرارة ، وإفراز الهرمونات ، وضغط الدم . وفى هذا الإطار يشير *عبد الله عسكر (١٩٩٨ : ١٢٢)* إلى أن النوم يقوم بأهم الوظائف الحيوية قاطبة ، فهو المأوى للبدن والنفس البشرية من كل الصراعات النهارية والاجهاد الحادث نتيجة الحياة اليومية، ففى حالة النوم يتغير النبض الإيقاعى للجهاز العصبى وتبدأ آليات خاصة بالعمل وكأن الإنسان يدخل إلى ورشة لإصلاح ما أفسده نشاط النهار. والنوم يعيد ترتيب الأوضاع الهرمونية والعصبية وتجديد دورانها لتكون مستعدة للعمل والنشاط اليومى ، كما أنه الميدان الوحيد الذى يتحرر فيه الإنسان من تبعات الرقابة والكذب والتمثيل التى يضطر للقيام بها فى حياة اليقظة ، كما أنه ميدان الرغبة الإنسانية الأصلية أو البيولوجية ، ففى النوم يستطيع الإنسان أن يتحرر من كل القيود ويعبر بصراحة مع ضعف الرقابة أو تلاشيها ، وإذا ما حرم الإنسان من النوم فإنه سريعا ما يشعر بالإجهاد والتعب ويبدو مذهولا وقد تصيبه الهلاوس والهواجس ، وإذا ما حرم لفترات طويلة فإن جهازه العصبى يكون معرضاً للتلف وقد يفقد حياته .

ويشير *أحمد عبد الخالق (٢٠٠١)* إلى أن للنوم وظائف عدة ، فله أهمية فى استعادة النشاط والوعى ، ويساعد على الاحتفاظ بالاتزان الداخلى Homeostasis ويبدو أن له أهمية كبيرة فى تنظيم درجة الحرارة السوية والاحتفاظ بالطاقة . ودلت البحوث على أن الحرمان من النوم لفترات طويلة يؤدى أحيانا إلى تفكك الأنا والهلاوس والضلالات ، وقد

أدى الحرمان من النوم على الوفاة لدى فئران التجارب. والحرمان المزمن من النوم حالة مضايقة ومزعجة وذات آثار معاكسة على المزاج والتركيز والذاكرة والصحة العامة ، كما يترتب على الحرمان الشديدَ من النوم لدى الآدميين اضطراب السلوك وتدهور الوعى أو اختلال الشعور بذاتنا وبمن حولنا وبما حولنا .

ثالثا : العدد المثالي لساعات النوم ؟

من المعروف أن حاجة الأشخاص إلى النوم تختلف باختلاف العمر والجنس، والوقت من النهار ، والوقت من السنة ، والحالة الجسمية ، والحالة الصحية، وغير ذلك من العوامل بحيث لا يمكن القول بأن هناك قدراً مناسبا من النوم لكل البشر ، فبينما يجد البعض أن أربع ساعات من النوم في الليلة كافية للشعور بالراحة واليقظة يحتاج اخرون إلى ١٢ ساعة من النوم فى الليلة الواحدة ليتولد عندهم الشعور ذاته . ومن الثابت علميا أن اضطراب النوم قد يؤدى فى النهاية إلى اضطرابات جسمية ويؤدى إلى الوفاة المبكرة ، ومن خلال الدراسات التى أجريت على مراحل عمرية مختلفة تم التوصل إلى وجود متوسط لأوقات النوم لدى مجموعات عمرية مختلفة *(Lindsay and Johanshali 1994)*.

ويوضح الجدول التالى المتوسط التقريبى لأوقات النوم خلال ٢٤ ساعة لدى مجموعات عمرية مختلفة :

متوسط أوقات النوم خلال ٢٤ ساعة لدى مجموعات عمرية مختلفة

العمر الزمني	ساعات النوم
أسبوع	١٦,٥
شهر	١٥,٥
ثلاثة شهور	١٥
ست شهور	١٤,١٥
سنة	١٣,٤٥
سنتان	١٣
٥ سنوات	١١
١٠ سنوات	٩,٤٥
١٦ سنة	٨,٣٠

رابعاً : أسباب اضطرابات النوم :

١) أسباب جسمية (المرض الجسمى – الجوع – الشبع الزائد – بلل الفراش – برودة – ارتفاع حرارة حجرَة النوم).

٢) أسباب نفسية (تخويف الطفل كى ينام – قص القصص المخيفة للطفل – عدم تعود الطفل على النوم مبكراً بمفرده) .

٣) اخطاء الوالدين فى التنشئة :

- التدليل الزائد ، حيث إنه يجعل الطفل يتعلق بالأم ولا يستطيع البعد عنها ، وهذا يجعل النوم خبرة مؤلمة لأنه يحرمه من أمه ويفصله عنها ويجعله وحيداً.
- القسوة والعقاب البدنى .
- الخلافات الأسرية المزمنة والتهديد بالانفصال بين الوالدين.
- التوقعات الوالدية المبالغ فيها تجاه الطفل .

٤) عدم القدرة على تنظيم مواعيد النوم واليقظة (بسبب مشاهدة التليفزيون، الأمراض المزمنة مثلاً) .

٥) تناول كميات كبيرة من الأكل أو الشيكولاته قبل النوم (تحتوى الشيكولاته على الكافين الذى يعيق الاسترخاء).

٦) الأسباب البيئية (الضوضاء الخارجية ، تغيير مكان النوم).

٧) مشاهدة الأفلام المزعجة أو المرعبة قبل النوم .

٨) تناول القهوة والشاى قبل النوم .

٩) التمرينات الرياضية قبل النوم .

١٠) القلق المزمن والاكتئاب.

١١) القلق من عدم اللحاق بالعمل بأتوبيس المدرسة .

١٢) تغيير مواعيد العمل .

١٣) النوم الزائد خلال اليوم .

١٤) الأمراض الصحية المزمنة .

١٥) تكرار الحاجة إلى الذهاب إلى دورة المياه (الإصابة بالسكر مثلاً).

(Lindsay and Jahanshahi : 1994 , 590). (مجدى الدسوقى٢٠٠٦)

خامساً : أهم أنواع اضطرابات النوم :

سوف نتناول أهم أنواع اضطرابات النوم لدى الأطفال ، وهى : (١–مقاومة الذهاب إلى النوم ، ٢– قلة النوم ٣– الخدر ٤– الأرق ٥– الكابوس والفزع الليلى ٦– فرط النوم ٧– المشى أثناء النوم) .

١- مقاومة الذهاب إلى النوم :

يمر جميع الأطفال الصغار تقريبا بفترة يقاومون فيها الذهاب إلى النوم ، فإذا ظهر الأبوان اهتماما زائدا وقلقا أو عدم قدرة على مواصلة السيطرة على الموقف بشكل حازم ، فإن مقاومة الطفل للنوم قد تزداد سوءاً، وقد يقاوم بعض الأطفال الذهاب إلى النوم بسبب القلق أو الاثارة الزائدة ، في حين يشعر آخرون بالوحشة إلى حد بعيد عندما يكونون وحدهم وهم مازالوا بحاجة ماسة لشعور التطمين الذى يحصلون عليه من رفقة أبويهم.

وللتغلب على هذه المشكلة يجب على الأباء القيام بما يلى:

أ - تحديد روتين ثابت لموعد النوم : حيث إن تحديد روتين ثابت لموعد النوم مهم من أجل إقامة دورة معتادة للنوم والاستيقاظ فوجود برنامج معتاد يمكن الطفل من أن يكون مستعدا جسميا للنوم في الساعة ذاتها من كل مساء . ولهذا تأكد من قيامك بتحديد ساعة معتادة لكل من النوم والاستيقاظ ، ولا تغير هذه الأوقات إلا فى المناسبات الخاصة ، كما يجب أن تكون الساعة التى تسبق النوم مباشرة فترة هدوء واسترخاء للطفل ، ولذا فهي ليست وقتا للعب الخشن مع الطفل أو لمشاهدة برامج التلفزيون المرعبة ، وتقديم طعام خفيف قبل النوم أو حمام دافئ يمكن أن يساعد في إعداد الطفل للنوم.

ب- اعطاء الطفل تحذيراً مسبقا قبل النوم (بربع ساعة مثلاً) : حتى يصبح مستعدا له .

جـ- الحزم بمعنى أنه إذا بكى الطفل ورغب في عدم النوم : يتم تجاهل البكاء والاحتجاج.

د- عدم استخدام النوم المبكر كعقاب للطفل

(شارلز شيفر وهوار مليمان : ترجمة نسمة داود ونزيه حمدى ١٩٨٩)

٢- قلة النوم عند الطفل :

يرجع قلة النوم عند الطفل إلى عدم الراحة البدنية نتيجة للجوع أو العطش أو سوء الهضم أو البرد الشديد أو الحر الشديد أو تقييد حركة الطفل أو الالتهابات المختلفة . وقد تؤدى الأمراض البدنية التى تصيب الأطفال إلى الإثارة المستمرة التى تقلل من النوم الصحى ، فالطفل الذى يعانى من صعوبات فى التنفس نتيجة للزوائد الأنفية " اللحمية" وتضخم اللوز او نزلات البرد أو التهابات الأذن أو آلام الأسنان إلى غير ذلك من أمراض يتعذر عليه النوم أو قد يستيقظ أثناء النوم وإذا استطاع النوم فهو يتقلب كثيرا أو يقوم بحركات لا شعورية كأن يقفز او يدفع بذراعيه أو رجليه أو يدير رأسه من جانب على آخر أو

يصرخ أو يتكلم كلاما غير مفهوم. وبالإضافة إلى العوامل العضوية هناك عوامل انفعالية وأخرى ترجع إلى سوء التدريب فقد يتعرض الطفل لضغوط شديدة مثال ذلك أن يتوقع فيه الوالدان التفوق الدراسي على الرغم من أن ذلك لا يتفق مع أنه لا يمتلك القدرات العقلية المؤهلة لذلك وقد يكون نتيجة الصراعات التي تسود الجو المنزلي.

ويلاحظ أن النوم غير المستقر يقلل من حيوية الطفل كما يقلل من شعوره باليقظة والنشاط وقد يؤدي إلى سهولة استثارته ونقص قدرته على التركيز والتحصيل . وتتطلب طرق العلاج لمشكلة قلة نوم الطفل التشخيصي الدقيق للحالة ، فإذا كانت العوامل العضوية هي المسئولة اتجه العلاج إلى ازالة هذه العوامل التي تعوق النوم الصحي السليم . وقد يقوم العلاج على تعليم أساسيات اكتساب العادات السليمة للنوم ويساعد العلاج النفسي على التغلب على مخاوفه واستقرار نومه .*(ممدوح الكناني وحسن الموسوي ١٩٩٢ : ١٧٨)*

٣- الخدر:

والخدر هو رغبة لا يمكن التحكم فيها في الدخول في النوم سواء كان الشخص جالساً في مكتبه أم يقود سيارته أو يحادث شخصاً آخر وعلى سبيل المثال إذا نام طالب أثناء محاضرة ، فهذا أمر طبيعي ، أما إذا نام الأستاذ أثناء محاضرة يلقيها فهذا هو الخدر Norcolepsy وعادة ما يحدث النوم لفترة قصيرة جدا ، وفي دراسة على عدد ممن يعانون من الخدر وجد أنهم غالبا ما يقومون بمسالك آلية سرعان ما ينسون قيامهم بها ، فمثلاً ذكر البعض أنه مر بحالة فقدان مؤقت للوعي استطاعوا خلالها قيادة سيارتهم لبضعة أميال ثم وجدوا انفسهم نزلاء بأحد الفنادق.

٤- الأرق Insomnia

الأرق هو عدم القدرة على الحصول على النوم الكافي ، وقد يأخذ الأرق أحد ثلاثة أشكال أو الأشكال الثلاثة التالية معاً : صعوبة البدء في النوم ، وصعوبة الاستمرار في النوم ، والاستيقاظ المبكر جدا في الصباح . وما يمكن اعتباره كمية كافية من النوم لطفل ما سوف تختلف طبعا ، تبعا لعمر الطفل وحاجاته الفردية . ومعدل كمية النوم اللازمة في الأعمار المختلفة تتناقص من ١٣ ساعة كل ليلة في عمر سنتين إلى ١١ ساعة في عمر ٦- ٨ سنوات ، و ١٠ ساعات في عمر ١٠ - ١٢ سنة ، و ٩ أو ٩ ساعات في عمر ١٦ - ١٨ سنة . ويذهب معظم الأطفال إلى النوم ما بين الساعة ٧ - ٩ مساء (١٠٪ فقط يذهبون إلى النوم بعد ذلك). وكقاعدة عامة ، يكون الفرد قد حصل على كمية كافية من النوم إذا لم يشعر بنعاس في النهار ، أو بانزعاج ، أو تعب أو تدهور في الأداء . وعلى العموم يحصل الطفل إذا

كان سعيدا وبصحة جيدة ومرتاحا على كمية كافية من النوم. والأرق اضطراب غير نادر في مرحلة الطفولة ،وخاصة بين المراهقين. فقد وجد من خلال دراسة مسحية حديثة لطلاب المدارس الثانوية أن ١٢٪ يشكون من اضطرابات نوم مزمنة وحادة ، في حين يشكو ٣٧٪ منهم وجود اضطرابات نوم خفية ووقتية. وهذه الأرقام مشابهة للأرقام التي ذكرت في دراسات أخرى حول المراهقين وصغار الراشدين ، اما الراشدون الكبار فإن ١٥ – ٣٠٪ منهم يشتكون من أرق مزمن. *(شارلز شيفر وهيوارد مليمان مرجع سابق : ٢٥)*

ويورد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية أهم المحكات التشخيصية للأرق كما يلي:

١) الشكوى المنتشرة من صعوبة الدخول في النوم أو الاستمرار فيه، وعند اليقظة عدم القدرة على استعادة النوم وتستمر لمدة شهر على الأقل .
٢) تتسبب اضطرابات النوم الناتجة من الأرق في خلل في الوظائف الاجتماعية والمهنية والدراسية.
٣) لا يحدث الاضطرابات أثناء مسار الاضطرابات النفسية الأخرى كالقلق والاكتئاب.
٤) لا يعود الاضطراب إلى التأثيرات المباشرة للعقاقير الطبية أو إدمانها أو لأية ظروف صحية أخرى.

وتتعدد أسباب الأرق لدى الأطفال ، ومنها : (وجود مشكلات بين الوالدين، طلاق الوالدين أو انفصالهما ، موت شخص عزيز أثناء نوم الطفل ، المشكلات الدراسية ، انخفاض تقدير الذات ، الرفض من الأقران) الأمراض الجسمية، تغير مكان الإقامة ، الانتقال إلى منزل جديد أو مدرسة جديدة ، العوامل البيئية مثل " الضوضاء ، درجات الحرارة المتطرفة [باردة أو حارة] ".

الوقاية من الأرق :

١- ضع جدولاً : Schedule

تأكد من التزام طفلك بموعد نوم معتاد وذلك يعني أن يذهب إلى الفراش كل ليلة أو يستيقظ كل صباح في الموعد نفسه (استخدم ساعة منبه) ،ويجب أن يكون موعد النوم والاستيقاظ لأيام الأسبوع هو نفسه أو قريب جدا من موعد النوم والاستيقاظ أيام عطلة نهاية الأسبوع وذلك للمحافظة على استمرارية التواتر في الأحداث الذي أعتاده الطفل ، ويجب تجنب النوم أثناء النهار بالنسبة للأطفال الكبار.

٢- روتين تهدئة الذات Self-Calming Routine

يجب أن تتضمن الساعة التى تسبق النوم نشاطات هادئة تبعث على الاسترخاء مثل القراءة او مشاهدة التلفاز ، فلا تدع طفلك يستثار على نحو زائد عن طريق اللعب الخشن والمصارعة أو الأفلام المرعبة ، كما أن حماما دافئا للطفل قبل النوم مباشرة يمكن أن يساعد على استرخائه .

٣- الأكل باعتدال Moderate Eating

يجب أن يكون الأكل معقولا وباعتدال ، فتجنب الوجبات الثقيلة في وقت متأخر من الليل . وتجنب تناول الماكولات التى تحتوى على كافيين قبل النوم ، مثل القهوة ، الكولا ، والشيكولاته ، أو الكاكاو*(شارلز شيفر و هوارد ميلمان ، مرجع سابق : ٢٩٢)*

العلاج :

يمكن علاج الأرق من خلال :

- تعليم الطفل الاسترخاء الحركى والعضلى والعقلى كأن نعلم الطفل شد عضلاته وإرخائها عدة مرات (عضلى) أو مساعدة الطفل على تخيل منظر مبهج .
- تعليم الأطفال مهارات حل المشكلات .
- مناقشة الأفكار اللاعقلانية لدى الطفل خاصة الأفكار المحبطة والهازمة للذات والتى تقل من نظرة الطفل الايجابية لذاته.
- العلاج الطبى : ويتم اللجوء إليه بعد استنفاذ كل الطرق الأخرى حيث يتم إعطاء العقاقير المنومة فى حالة الضرورة القصوى ، لأن المنومات تؤدى إلى الاعتماد الجسمى والنفسى بعد فترة بسيطة .

١) الكابوس والفزع الليلى : Nightmares :

وهما نوعان من الحالات يصاحبهما الخوف ويسببان قلقا شديدا لصاحبهما وللأسرة من حوله والكابوس يحدث فى أى سن من الطفولة إلى الشيخوخة وفيه يرى الحالم فى هذه الأحوال حلما مزعجا ويصحو فى حالة خوف شديد ، ويصاحب هذا الشعور زيادة فى ضربات القلب وسرعة فى التنفس ويتذكر الشخص الحلم بوضوح وسرعان ما يبدأ ويستعيد النوم ثانية. وقد يحدث الكابوس لدى الأطفال من قراءة القصص المخيفة او مشاهدة الأفلام المزعجة ، أو من التهابات الحلق التى تسبب ضيقا فى التنفس أو امتلاء المعدة أو

خوف الطفل الشديد من قسوة والديه. ومعرفة السبب تسهل القضاء على الكابوس مع اتخاذ بعض الاحتياطات الأخرى كالعناية بالحالة الصحية وتنظيم مواعيد وأماكن النوم.

ووفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) فإن المحكات التشخيصية لاضطراب الكابوس الليلي تتمثل في :

١) استيقاظ متكرر في فترة النوم الرئيسية أو أثناء فترة القيلولة مع استعادة تفصيلية للأحلام المخيفة التي عادة ما تتضمن تهديدا لأمن الفرد ، ويحدث الاستيقاظ بصفة عامة أثناء النصف الثاني من الليل.

٢) انتباه الفرد وعودته لحالته الطبيعية سريعا عند الاستيقاظ من الأحلام المخيفة.

٣) شعور الفرد بالضيق الشديد الناتج عن كل من الحلم أو الكابوس ، واضطراب النوم المترتب على فترات الاستيقاظ .

٤) لا يحدث هذا الاضطراب بصورة منفردة أثناء وجود اضطراب عقلي آخر مثل الهذيان ، واضطراب الضغوط التالية الصدمة Post Traumatic stress Disorder (PTSD) ، ولا يرجع إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لاستعمال المواد كإدمان العقاقير أو تعاطي عقاقير دوائية ولا يرجع إلى ظروف طبية عامة.

أما الفزع الليلي فهو نوع آخر ويحدث للأطفال فقط في الأعمار المبكرة ويختفي بعد البلوغ ، وهنا نجد أن الطفل يصحو من النوم ويجلس في سريره صارخا في فزع شديد مع شحوب في اللون وعرق بارد ، ويستمر كذلك لفترة محددة يكون الطفل أثناءها في حالة الذعر ولا يستجيب لطمأنة وتهدئة والدته ثم بعدها ينام نوما طبيعيا . وفي الصباح الباكر لا يتذكر شيئا عن حالته السابقة . وأغلب حالات الفزع الليلي تنتج عن صراع شديد لدى الطفل قد يكون ناتجا عن اضطراب شديد في أسلوب معاملة كل من الوالدين له وقسوة وعنف أحدهما . ويعتقد فرويد أنه ينتج من رؤية الطفل للجماع بين والديه وما يحدث للطفل من آثار نفسية بناء على ذلك .

أما المحكات التشخيصية للفزع الليلي وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع فتتمثل في :

- نوبات متكررة من الاستيقاظ المفاجئ المفزع من النوم وتبدأ بصرخة حادة ويحدث هذا غالبا في الثلث الأول من النوم.

- الخوف الشديد مصحوبا ببعض الأمراض الفسيولوجية (سرعة ضربات القلب – سرعة التنفس – تصبب العرق .. الخ).
- عدم الاستجابة (أحيانا) لمحاولات التهدئة من الآخرين بعد الشعور بالفزع .
- عدم القدرة على استرجاع تفاصيل الحلم المزعج.
- تسبب نوبات الفزع في قصور الأداء الدراسي والاجتماعي للطفل .
- لا يعود الاضطراب إلي التاثيرات الفسيولوجية لتناول العقاقير وإدمانها

٦- فرط النوم Hypersomina

وهي حالة من الاستغراق في النوم لفترات طويلة ، حيث تزداد ساعات النوم ، وقد تكون كثرة النوم تعبيرا عن صراع نفسي أو هروباً من واقع معين ، كذلك قد تكون تعبيرا عن حالة من الاكتئاب والقلق كما في بعض الأمراض العصابية . وفي هذه الحالة يكون النوم نوعا من أنواع النكوص بعيدا عن آلام الحياة الخارجية . وقد يحدث أحيانا انقلاب في مواعيد النوم ، فينام الفرد نوما عميقا في الصباح المبكر ويصحو بعد الظهر ويكون في أحسن حالات التنبه عندما يأوى الناس إلي فراشهم في المساء . ولا يغيب عنا أن كثرة النوم قد تكون عرضا من الأعراض الهامة لبعض الأمراض العامة مثل : فقر الدم ، نقص الفيتامينات ، الحمى المخية ، الالتهاب السحائي . هبوط مستوى أداء الكلية والكبد وغير ذلك من الأمراض. *(محمد جميل منصور ١٩٨٤ : ٦٢).*

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع إلي أن المحكات التشخيصية للنوم المفرط هي:

- الشكوى من النوم المفرط لمدة شهر .
- يسبب الاضطراب خللا في الأداء الدراسي أو المهني أو الاجتماعي.
- لا يحدث الاضطراب نتيجة للأرق أو لاضطرابات النوم الأخرى.
- لا يحدث الأفراط في النوم بسبب الأمراض النفسية الأخرى.
- لا يعود الأفراط في النوم للتاثيرات الفسيولوجية للعقاقير الطبية أو الإدمان عليها .

٧- اضطراب المشي أثناء النوم Sleep-Walking disorder

ويطلق على هذا الاضطراب أحيانا التجوال الليلي ، ويشير إلي السير أثناء النوم ، وفيه ينهض الطفل من فراشه ويتركه وعيناه مفتوحتان ، ويمشي وهو غير واع، ولا يستجيب

لما يطلب منه ، وربما يعود إلى فراشه دون أن يسترد وعيه ويواصل نومه ، وعندما يستيقظ في الصباح لا يتذكر شيئا مما حدث . (*حسن مصطفى عبد المعطي ، ٢٠٠١ ، ١٣٠*)

ووفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) فإن المحكات التشخيصية لاضطراب المشي أثناء النوم تتمثل في :

١) تكرار النهوض من السرير أثناء النوم ، والتجوال لمدة عدة دقائق أو نصف ساعة، ويحدث ذلك عادة أثناء الثلث الأول من النوم الليلي.

٢) يكون وجه المريض أثناء النوبة شاحبا محملقا وبدون تعبير ولا يستجيب لمحاولات الآخرين للتأثير عليه أو التحدث معه ولا يمكن إيقاظه إلا بصعوبة بالغة.

٣) لا يتذكر المريض شيئا عن النوبة عند الاستيقاظ سواء كان بعدها مباشرة أو صباح اليوم التالي.

٤) عند الاستيقاظ يكون المريض غير مدرك للبيئة من حوله لعدة دقائق ويكون مرتبكا.

٥) يسبب المشي أثناء النوم اضطراباً إكلينيكيا واضحاً ، أو قصوراً في النواحي الاجتماعية أو المهنية أو المجالات الوظيفية الأخرى المهمة بالنسبة للفرد .

٦) لا يرجع الاضطراب إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة لاستخدام المواد كإدمان العقاقير ، أو استعمال العقاقير الدوائية أو حالة طبية عامة ،

ويكون مشي الأطفال أثناء النوم مصحوبا عادة بالكلام أثناء النوم ، وهو في العادة أحد الوسائل اللاشعورية للتعبير عن مكنونات العقل الباطن ، ولا تختلف هذه الأعراض في حقيقتها عن الأحلام المزعجة ، وسببها الحالة النفسية التي يعاني منها الطفل ، وأهم أعراض هذه الحالة "الخوف" ، وبذلك تكون أفكار الطفل وذكرياته ومكنوناته نفسه مشبعة بانفعالات الخوف ، ويصاحب الخوف عادة مشاعر الاكتئاب والحزن ، وهذه كلها تظهر بشكل مبالغ فيه في صورة المشي أثناء النوم ، والكلام والتقلب والتوتر الشديد من وقت لآخر خلال فترة النوم .

ولعلاج هذه الحالات ، يجب على الآباء تشجيع الطفل أن يتكلم عن مخاوفه، ومصادرها ، ومثيراتها ، وطمأنته . فإذا لم تزل هذه الأعراض ، يتحتم أن يستعان في العلاج بأخصائي في الأمراض النفسية ، الذي يجب أن يعتمد اساسا على العلاج النفسي وليس على الأدوية وحدها ، فالأدوية إذا نجحت في تهدئة أعراض الحالة وقتيا ، فإنها لا تعالج مخاوف

الطفل ومشاكله النفسية ، كما لا يجب أبدا أن نلجا لعلاج الأطفال نفسيا بالعقاقير إلا للضرورة القصوى .

هذا .. ويعاني بعض الأطفال المحرومين ، ممن يعاونون من الشعور الشديد بالنقص ، من أعراض المشي أثناء النوم ، أو التقلب الشديد أثناء النوم، وهم في ذلك يعبرون عن مكنونات أنفسهم ، فكل ما فشلوا في تحقيقه أثناء النهار قد يحققونه في صورة حلم مجسم بالحركة ،وذلك نتيجة شدة الشعور بالنقص ، وبالتالي شدة الانفعال ، والأمل في تحقيق ما فشلوا في تحقيقه في النهار . فمثلاً الطفل الذي يعجز عن لعب الكرة لأن أخوته يرفضون لعبه معهم . قد يتألم ألما شديداً لذلك ييسر العقل الباطن له أثناء الليل لعب الكرة . فنجده يحرك أرجله ذات اليمين وذات اليسار تعبيراً عن قذفه للكرة .. وقد يتكلم وهو نائم أيضاً كما يتكلم اللاعبون، ولكن بألفاظ قد لا تكون مفهومه جيداً لسامعيه .. وقد يصرخ الطفل الذي يعاني من صعوبات في النطق وهو نائم . بل ويقف ويمثل الخطابة ، وهو في الواقع ليس إلا حلما من أحلام تحقيق الرغبة التي يفشل في تحقيقها الفرد أثناء النهار ، رغباتهم التي يفشلون في تحقيقها في الواقع ، هذا .. ويجب – بالإضافة إلى علاج مثل هذه الحالات نفسيا – علاج الظروف البيئية المسببة للحالة النفسية ، كما يجب فحص الطفل طبيا للتأكد من عدم وجود أسباب عضوية قد يكون لها أثر في استثارة أعراض الحالة. *(ملاك جرجس ١٩٨٩ : ٧٨ – ٧٩)*

سادساً : نصائح لنوم صحي سليم لدى الأطفال :

من المهم أن يعّود الآباء الطفل على النوم المبكر منذ الطفولة الأولى ، وأن يحافظوا على تنظيم موعد نوم الطفل دون تذبذب أو استثناء إلا عند الضرورة القصوى ، فيجب على الآباء أن يساعدوا أطفالهم على تثبيت عادة النوم في موعد محدد بتهيئة الظروف المناسبة لذلك . <u>ويمكن ذلك عن طريق</u>:

١) تنبيه الطفل إلى أن موعد النوم قد اقترب حتى يكون على استعداد ولا يفاجأ بالأمر بالنوم مما يضطره إلى التخلي عما يكون فيه من لعب أو نشاط ومما يؤدي على تضايقه .

٢) من الممكن أن يقص الآباء على الطفل قصصا مسلية قبل موعد النوم أو بسماعه موسيقى هادئة ، فيساعده ذلك على الاسترخاء ويقبل على النوم بسهولة.

٣) أن يساعد الآباء الطفل بالتدريج على أن يحدد موعد نومه بنفسه ، كأن يعلم طفله أن يتبع عقربي الساعة أو المنبه حتى يعرف موضع العقربين في الوقت الذي يجب أن يلعب فيه إلى النوم فيتوقع النوم ويتهيأ له عقليا ويتعود بذلك على الاعتماد على نفسه .

٤) ومن الوسائل التي تعين الطفل على التهيؤ للنوم – أن يرتبط النوم بنشاط معين يوحي للطفل بانتهاء النشاط اليومي والاستعداد للذهاب إلى الفراش مثل : التبول وتنظيف الجسم وتغيير الملابس وارتداء ملابس النوم في وقت معين فإن هذه العمليات ترتبط تدريجيا بموعد النوم وتصبح في ذاتها من العوامل التي تساعد الطفل على التهيؤ النفسي للنوم. ويصبح النوم المبكر في ساعة معينة عادة مستقرة عند الطفل ولا يضطر والده إلى إرغامه على ذلك مما يؤدي إلى حدوث صراع بين الطفل ووالديه قد ينتهي بلومه أو تأنيبه أو يزجره وتهديده أو توقيع العقاب البدني عليه ، ومما يؤدي إلى أضرار قد تكون خطيرة بالنسبة لصحته النفسية والجسمية .

٥) تجنب الأمور والقصص والبرامج التليفزيونية المثيرة في الفترة التي تسبق الوقت الملائم للنوم .

٦) اعط الطفل حماما دافئا قبل الذهاب إلى النوم إذا ما كان يبدو متوتراً.

٧) كن حازما مع الطفل عندما يستدعيك بعد أن يدخل إلى السرير.

٨) شجع الطفل على الذهاب المبكر إلى دورة المياه وحده حتى لا يخاف بعد ذلك .

٩) لا تضع الطفل في سريره كعقاب له على شقاوته أو لأنه لم يتم طعامه.

١٠) ضع ألعاب الطفل في مكان معين واستبعد أي أمور جاذبة للانتباه من غرفته.

(محمد جميل منصور، مرجع سابق : ٦٦)

١١) كلما أمكن ذلك اجعل للطفل غرفة مستقلة لتجنبه الأمور التي تجذب انتباهه كوجود أخ أكبر أو أصغر منه يشجعه على اللعب والتأخر عن النوم .

١٢) ساعد الطفل على تناول كوب من اللبن الدافئ قبل الذهاب إلى الفراش بفترة فهذا قد يساعد على النوم الجيد ، لأن اللبن يحتوى على بعض الأحماض الأمينية التي تساعد على افراز هرمون الملاتونين ، وهرمون

السيروتونين وهى من المواد الكيميائية التى تفرز بالمخ وتزيد من النوم وتحسن فاعليته.

١٣) عدم تناول الطفل المنبهات والمشروبات التى تحتوى على الكافيين كالشاى والقهوة والكولا ليلاً.

١٤) أن تكون غرفة نوم الطفل مريحة بعيدة عن مصادر الضوء الشديد والضجيج ن ويجب أن تكون أضاءتها خافتة وجيدة التهوية ، كما يجب أن تكون درجة حرارتها مقبولة لأنه من المعروف أن درجة الحرارة المنخفض أو المرتفع تؤثر سلبا على نوعية النوم . (مجدى الدسوقى ، مرجع سابق : ٢٤٣)

***

الفصل الخامس عشر
اضطرابات النطق والكلام

أولاً : وظائف اللغة

ثانياً: مراحل اكتساب اللغة

ثالثا : النظريات المفسرة لاكتساب اللغة

رابعاً: عوامل الخطورة فى اضطراب الكلام

خامساً: من أنواع عيوب النطق

١) الخمخمة

٢) التأتأة

٣) الحذف

٤) اللجلجة أو التهتهة

الفصل الخامس عشر

اضطرابات النطق والكلام

تعتبر اللغة أساس الحضارة البشرية ، وتمثل الوسيلة الرئيسية التى تتواصل بها الأجيال ، وعن طريقها تنتقل الخبرات والمعارف والمنجزات الحضارية بمختلف صورها ، وعن طريقها أيضاً لا ينقطع الإنسان عن الحياة بموته ، ذلك أن اللغة تعينه على الامتداد تاريخياً ليسهم فى تشكيل فكر وثقافة وحياة الأجيال التالية. ويكفى أن نذكر هنا أن ما تركه قدماء المصريين مكتوباً أو منقوشاً على جدران آثارهم هو الذى أتاح لنا الآن – بعد بضعة آلاف من السنين – أن نتعرف على حياتهم وحضارتهم .

ويشير *مصطفى سويف (١٩٩٠)* إلى أن اللغة تعتبر من أشد وظائف الإنسان إنسانية ، فلا وجود لها فى عالم الحيوان ، وإن كان هذا القول لا يعنى إنكار وجود مقدمتها فى مستوى القردة العليا ، لكنها مقدمات عقيمة بمعنى أن الطريق أمامها مسدود على أساس بيولوجى واجتماعى . وقد دفعت هذه الحقيقة آلافاً من الفلاسفة والمفكرين والعلماء فى مختلف التخصصات إلى العناية بدراسة اللغة من زوايا متعددة ، وتراكم فى هذا المجال تراث ضخم تتآزر أجزاؤه فى إلقاء الضوء على واحد من أهم شروط إنسانية الإنسان .

ويشير *عبد الله عسكر (٢٠٠١ : ٨٥)* إلى أن اللغة تقوم بانتزاع الفرد من أحضان الطبيعة والبيولوجيا لتصله بأحضان الثقافة ، ويشير إلى أن اللغة هى التى تستعملنا وتتداولنا وتمنحنا هويتنا ، فهى القوة التى تتسم بالبقاء ، موجودة قبل وجودنا الفردى ، نولد وهى موجودة ونعيش فى محيطها ، ونموت وتبقى هى خالدة، ولذا أطلق عليها *جاك لاكان* اسم الآخر الأكبر . لأن هذا الآخر هو المانح الشرعى لإنسانية الإنسان فلولا اللغة والثقافة ما كان الإنسان المتكلم وما أخذ الوجود كله صبغة لغوية فما من شيء فى الوجود خارج اللغة.

وإذا كانت اللغة أحد مكونات الشخصية وتعبيراً عنها فإنها قد تكون فى حالة اضطرابها مرتبطة بالعزلة الاجتماعية وانخفاض تقدير الذات وانخفاض القدرة على التحصيل الدراسى ، كما أن اضطراب اللغة قد يكون تعبير عن الاضطراب النفسى بمعنى أن مضمون ما يتكلم به الفرد قد يعبر عن طبيعة ما يعانيه الفرد من أمراض، فمضمون اللغة لدى الفصامى مثلاً يختلف عن مضمون اللغة لدى المكتئب ، ونستطيع عن طريق تحليل ما ينطق به الفرد أن نعرف ما قد يعانيه من أمراض .

أولاً : وظائف اللغة :

لا تقتصر وظيفة اللغة على مجرد نقل أفكار الفرد للآخرين ، ولكن هناك وظائف كثيرة ومتعددة لها ، مثل :

١- الوظيفة الاجتماعية :

تعتبر اللغة أداة التواصل الاجتماعي باستخدام الرموز والحروف مكتوبة أم ملفوظة أو تعبيريه حركية ، وتربط اللغة بين أبناء المجتمع الواحد فهي أساس الشعور بالانتماء والطمأنينة وكلما زادت درجة الكفاءة اللغوية للفرد زاد توافقه الاجتماعي ، ويستطيع الفرد التأثير على أفكار واتجاهات الآخرين باستخدام اللغة، كما أن اللغة تساعد الطفل والمراهق والراشد وغيرهم في التعرف على القيم السائدة والاتجاهات والعادات السلوكية .

ويتم التوحد أو الإستدخال مع الأنماط اللغوية الاجتماعية المتعارف على معناها بين الجماعة التي ينتمي إليها مثل التحية والأمثال الشعبية وتقديم كل ألوان المجاملات والعلاقات الاجتماعية.

٢- الوظيفة التربوية والتنموية :

- تعتبر اللغة هي وسيلة نقل المعلومات والأفكار والخبرات في مجال التعليم والتربية بكل صورها . ويتم تعلمها واكتسابها طبقا لقواعد التعليم وشروطه .
- تهيئ اللغة الطفل للتعلم وتزيد دافعه إلى المعرفة والإنجاز وحب الاستطلاع .
- تنقل اللغة التراث المتعلم من جيل لآخر وتحافظ عليه سواء مكتوبة ومسجلة أو إلكترونية ومحفوظة شفوياً.
- لا يستطيع الطفل إحراز تقدم تعليمي إلا بعد اكتساب مكونات اللغة وصورها سواء الطفل العادي أو غير العادي بمعنى الأطفال العاديين وذوى الاحتياجات الخاصة .
- لا يستطيع المعلم أو المشرف أو الأب وغيرهم من نقل الخبرة أو الأفكار أو الاتجاهات وغيرهم إلا من خلال اللغة .
- يمكن تقدير المستوى التعليمي للطفل أو الفرد الراشد من خلال اللغة.
- تنوع اللغة بين الشعوب والأمم وتعليمها ساعد على التواصل العلمي ونقل التكنولوجيا والأعمال الابتكارية وتطبيقاتها من دولة لأخرى فلولا وجود اللغة العلمية المتعارف عليها برموزها العالمية لكل علم من العلوم ما أمكن تحقيق التواصل العلمي في كل فروع العلم المعروفة.(*آمال باظة ٢٠٠٣ : ٤٦ - ٤٧*)

٣- الوظيفة النفعية (الوسيلية) :

فاللغة تسمح لمستخدميها منذ طفولتهم المبكرة أن يشبعوا حاجاتهم وأن يعبروا عن رغباتهم ، وما يريدون الحصول عليه من البيئة المحيطة . وهذه الوظيفة هي التي يُطلق عليها وظيفة " أنا أريد ".

٤- الوظيفة التنظيمية :

يستطيع الفرد من خلال اللغة أن يتحكم في سلوك الآخرين وهي تعرف باسم وظيفة " أفعلّ كذا .. ولا تفعل كذا " كنوع من الطلب أو الأمر لتنفيذ المطالب أو النهي عن أداء بعض الأفعال.

٥- الوظيفة الشخصية :

من خلال اللغة يستطيع الفرد - طفلاً وراشداً - أن يعبر عن آراؤه الفريدة ومشاعره واتجاهاته نحو موضوعات كثيرة ، وبالتالي فهو يستطيع من خلال استخدامه اللغة ان يثبت هويته وكيانه الشخصي، ويقدم أفكاره للآخرين.

٦- الوظيفة الاستكشافية :

بعد أن يبدأ الفرد في تمييز ذاته عن البيئة المحيطة به يستخدم اللغة لاستكشاف وفهم هذه البيئة . وهي التي يمكن أن نطلق عليها الوظيفة الاستفهامية، بمعنى أنه يسأل عن الجوانب التي لا يعرفها في بيئة حتى يستكمل النقص في معلوماته عن هذه البيئة.

٧- الوظيفة التخيلية :

تسمح اللغة للفرد بالهروب من الواقع عن طريق وسيلة من صنعه هو، وتتمثل فيما ينتجه من أشعار في قوالب لغوية ، تعكس انفعالاته وتجاربه وأحاسيسه، كما يستخدمها الإنسان للترويح ، أو لشحذ الهمة والتغلب على صعوبة العمل وإضفاء روح الدعابة ، كما هو الحال في الأغاني والأهازيج التي يرددها الأفراد في الأعمال الجماعية أو عند التنزه .

٨- الوظيفة الإخبارية (الإعلامية) :

فمن خلال اللغة يستطيع الفرد أن ينقل معلومات جديدة ومتنوعة إلى أقرانه، بل ينقل المعلومات والخبرات إلى الأجيال المتعاقبة ، وإلى أجزاء متفرقة من الكرة الأرضية خصوصاً بعد الثورة التكنولوجية الهائلة . ويمكن أن تمتد هذه الوظيفة لتصبح وظيفة تأثيرية، إقناعية ، وهو ما يهم بعض المهتمين بالإعلام والعلاقات العامة لحث الجمهور على الإقبال على سلعة معينة ، أو العدول عن نمط سلوكي غير محبذ اجتماعياً ، ويستخدم في ذلك الألفاظ المحملة انفعالياً ووجدانياً.

٩- الوظيفة الرمزية :

يرى البعض أن ألفاظ اللغة تمثل رموزا تشير إلى الموجودات فى العالم الخارجى . وبالتالى فإن اللغة تخدم كوظيفة رمزية. *(جمعة سيد يوسف ١٩٩٠ : ٢٤ – ٢٥)*

ثانياً : مراحل اكتساب اللغة :

يرتبط النمو اللغوى بسلامة الجهاز العصبى ، وأجهزة النطق وجهاز السمع والذكاء والمقومات الثقافية والاجتماعية والبيئية المحيطة بالطفل . ويستطيع الطفل قبل أن يستطيع التعبير عن نفسه تعبيراً لغوياً صحيحاً أن يفهم لغة المحيطين به ، وهذا يؤكد أن تفهم اللغة يسبق استخدامها للتعبير عن الحاجات والأسئلة الكثيرة التى تدور فى ذهن الطفل . على الرغم من أن الأطفال فى مختلف البيئات يتعلمون التحدث بلغات كثيرة مختلفة ، إلا أن التعاقب الزمنى فى اكتساب التعبير الصوتى ثابت بدرجة تبعث على الدهشة.

ويمكن تقسيم مراحل اكتساب اللغة بشكل عام إلى :

١) مرحلة الصراخ Crying Stage

تشير الدراسات الفسيولوجية إلى أن أعضاء الكلام لدى الطفل تصل إلى مستوى لا بأس به من النمو ويمكنها أن تؤدى وظيفتها قبل ميلاد الطفل ، وبعض علماء الجنين يقررون أن الجنين فى شهره الخامس تصبح أجهزة الصوت لديه قادرة على العمل ، وهذا هو أقل عمر جنين أمكن فيه ملاحظة بعض الأصوات الناعمة لدى الجنين ، وعادة تتطور اللغة لدى الطفل بدءاً من الصرخة الأولى التى تأتى بعد الميلاد مباشرة ، والتى تحدث بسبب إندفاع الهواء بقوة عبر الحنجرة إلى رئتى الطفل حيث يتم اهتزاز الحبال الصوتية ،وبالتالى تحدث عملية التنفس التى تهدف إلى تزويد الدم بقدر من الأكسجين ، ويحدث ذلك بفضل فعل منعكس فسره عالم التحليل النفسى *أوتوارانك* بصدمة الميلاد ، وبعد ذلك يصغى الطفل تدريجياً إلى صوته الذى يرتبط بوظائف التغذية وحاجاته الأساسية (طعام ، شراب ، ألم ، غضب ، تبول ، قىء ...) ، ويصبح الصوت معبراً عن الحالات الجسمية ، والوجدانية ورغبات الطفل النفسية . *(فيصل الزراد ١٩٩٠ : ٤٢)* .

والصرخات التى تصدر عن الطفل قد لا تحمل أى معنى يتصل بموقف ما ، إلا أنها ذات أهمية كبيرة لأنها تعتبر تمرينا للجهاز الكلامى الذى يعمل على نضج أجهزة الصوت ، ولذلك يرى بعض العلماء ، ضرورة ترك الوليد يبكى لمدة تتراوح بين ١٥– ٢٠ دقيقة لتقوية عضلات الصدر والرئتين .

وهناك ثلاثة أنواع من الصراخ والبكاء ، هى :

- **بكاء الجوع** : ويُسمع غالباً بعد بضع ساعات من الوجبة السابقة(من ٢-٤ ساعات)
- **بكاء الألم** : والتى أمكن دراسته نتيجة آلام الشك بالإبرة أو عند الحقن، وهو بكاء طويل عنيف يعقبه صمت طويل ، ثم بكاء مرة ثانية بعد استعادة التنفس، ويصاحبها توتر عضلى فى الوجه وتقلصات عديدة فى عضلات مختلفة من الجسم.
- **بكاء الغضب** : ويشبه بكاء الجوع مع مزيد من دفع الهواء عبر الأوتار الصوتية، وهو صراخ طويل يدل على الغيظ والغضب.

وتشير الملاحظات العادية إلى أن هذه الصرخات تختلف من حيث نمطها عن الصرخات الموجودة عند الراشدين ، وتنقصها خصائص البناء والتنظيم التى تميز اللغة البشرية بشكل عام. *(ايهاب الببلاوى ٢٠٠٣ : ١٤٠)* .

٢) مرحلة المناغاة Lalling Stage

ولقد اشرنا إلى أن الطفل يبدأ بالصراخ أولاً ودون وجود دلالات اجتماعية أو لغوية واضحة ، أصوات عشوائية ، ونلاحظ الطفل فى هذه المرحلة يقوم بإحداث ترديدات من تلقاء نفسه تكون شبه واضحة ،وتأخذ شكل لعب صوتى ، وتكون غاية فى حد ذاتها لا تعبيرا عن شىء معين ، ويجد الطفل فى ذلك لذة ومتعة ، ويعتبر ذلك بداية للترابطات السمعية الصوتية، وتتدعم هذه الحركات الصوتية تدريجياً بفضل ردود فعل الأم ، والأسرة ، والناس ، مما يجعل الطفل يكتشف تدريجيا جميع فعاليات أصواته ، فالطفل وهو جائع يقوم بحركات تشبه حركات المص ،ونجده يتلفظ بشىء يشبه حرف اللام (ل ، ل ، ل ..) وعندما يتناول ثدى أمه فإننا نجده يتلفظ بعبارات تشبه (موم، موم ، موم ..) وهذه الألفاظ تلفت نظر الطفل وأحاسيسه شيئاً فشيئاً وإلى أن يحصل شىء من التوافق بين نطق الطفل وسمعه ، ويزداد ميل الطفل (حوالى الشهر الرابع من الميلاد) إلى إحداث الأصوات واللعب بها ، كما يزداد الانسجام بين الصوت وحاسة السمع ، وفى نفس الوقت الذى يزداد الجهاز العضوى للكلام نمواً ، وهذا ما يزيد من قدرة الطفل على إحداث الترابطات الصوتية والسمعية . كما يزيد من تدريب الجهاز الصوتى على النطق.

ويوضح الجدول التالى الفروق بين مرحلة الصراخ ومرحلة المناغاة.

مرحلة الصراخ	مرحلة المناغاة
* الصراخ غير منطقي ومشترك مع الحيوان	* أصوات مقطعية خاصة بالإنسان.
* غالبا ما يقترن بانفعالات مؤلمة وغضب	* تقترن في الغالب في حالات الرضي والراحة
* غير إرادية	* يمكن للطفل السيطرة لحد ما علي جهازه الصوتي
* الصراخ عشوائى ولايسيرحسب أيقاع معين	* المناغاة ذات ألحان حسب حالة الطفل الوجدانية
* اثر عامل الاكتساب ضعيف	* اثر عامل التعلم والاكتساب أكبر
* محدودة النطاق وتسجل بسرعة وسهولة	* تسجيل المناغاة صعب لحد ما
* الصراع يخدم حاجات عضوية	* المناغاة قد تخدم حاجات عضوية ، أو وجدانية بشكل أكثر وضوحا وفاعلية.

(فيصل الزراد ١٩٩٠ : ٥٠)

٣ – مرحلة الكلمة الواحدة :

وهى تمتد من الشهر السادس إلى الشهر الثالث عشر ويبدأ فى النطق بالكلمة الأولى والتىغالبا ما تكون (بابا – ماما) ورغم أن الطفل لا ينطق إلا كلمة واحدة أو كلمات قليلة إلا أنه مع نهاية السنة الأولى يجيب على كلمات الآخرين وتعليماتهم ، أو أوأمرهم ، ولكن ليس بكلمات أو ألفاظ بل ، بحركات إيمائية ، وإشارات فى العيون ، والوجه ،واليدين ، والجسم ..وغالبا ما تكون استجابات الطفل صادقة بالرغم من أنه لا يتكلم بها بعد .

٤– مرحلة الكلمتين والجملة :

الخطوة التالية فى ارتقاء اللغة هى استخدام كلمتين لا كلمة مفردة ويصل الأطفال إلى هذه المرحلة فى حوالى الشهر الثأمن عشر إلى الشهر العشرين ولا يبدأ الطفل فى النطق بالجمل إلا بعد اكتساب عدد معقول من المفردات . ويستطيع الطفل فى عمر الرابعة تقريباُ أن يكَون جملة مفيدة وتامة ، وهذا لا يتم إلا إذا توافرت البيئة الأسرية التى ترعى النمو اللغوى للطفل . وفى عمر السنتين يبدأ بتركيب جملة بسَيطة مكونة من كلمتين ، كما أن أول ما يتعلمه الطفل من كلمات لغوية أسماء الأشياء والأفراد بدءاً من المحيطين به مثل (بابا – ماما) وأسماء الأخوة ، ويبدأ الطفل بالأسماء العيانية الحسية ثم ينتقل إلى الأسماء المجردة والمعانى الكلية ثم إلى صفات الأشياء Adjectives مثل (كبير ، صغير ، حلو ، مر ، أحمر ..) ، أما الصفات المعنوية مثل (شجاع ، وكريم، وجبان ..) فإنها تتأخر نسبيا وقد أطلق علماء اللغة على هذه المرحلة الأولى من النمو اللغوى (حيث يكثر لدى الطفل

استخدام الأسماء) اسم مرحلة التسمية وفى أواخر السنة الثانية من عمر الطفل يبدأ الطفل باستخدام الضمائر لأول مرة ، وخاصة الضمائر الشخصية مثل (أنا ، أنت ، أنت) وتستمر عملية نمو وارتقاء اللغة بعد ذلك وتزداد ثراء وخصوبة ، وتنوعا سواء فى المعجم (كم المفردات) أو معانى المفردات .

ثالثا : النظريات المفسرة لاكتساب اللغة :

تتعدد النظريات المفسرة لاكتساب اللغة ، ومن أهم هذه النظريات :

١] نظرية سكنر :

تشير هذه النظرية إلى أن اللغة تكتسب من خلال تدعيم كلام الطفل ، فالطفل يتكلم وتتم مكافئته فتميل هذه الاستجابة إلى التكرار ، وبمجرد إظهار الاهتمام بما يقوله الطفل أو يفعله بشخصه مع التطور فى اللغة واكتساب المزيد من الكلمات ، ويرى سكنر أن مجرد الاستجابة لكلمات الطفل وقضاء حاجاته (الحاجة إلى الطعام مثلاً). يعتبر بمثابة تدعيم كبير لكلام الطفل ولغته .

٢] نظرية باندورا :

يشير *البرت باندورا* فى نظريته – التعلم الاجتماعى – أن اللغة تكتسب عن طريق تقليد نماذج موجودة فى بيئة (الوالدين – الأشقاء .. الخ) والطفل يتعلم عن طريق ملاحظة طريقة الآخرين فى الكلام ثم يستدخل الكلمات داخل الذاكرة ثم يستعملها أمام الآخرين .

٣] وجهة نظر تشومسكى :

نشأ على يد *تشومسكى* اتجاه آخر يسمى " الاتجاه العقلى " لمواجهة "الاتجاه السلوكى " ويرى أن هناك حقيقة عقلية تكمن ضمن السلوك الفعلى . فكل أداء كلامى يخفى وراءه معرفة ضمنية بقواعد معينة . وتعتبر اللغة – فى ظل المبدأ العقلى – تنظيما عقليا فريدا من نوعه تستمد حقيقتها من حيث إنها أداة للتعبير والتفكير . من هنا فإن *تشومسكى* لا يتبنى وجهة النظر الآلية التى تنظر إلى الإنسان على أنه يشبه الحاسب الآلى الذى تتم تغذيته بكلمات (مدخلات) ، ويعاد إنتاجها (مخرجات) بالترتيب المطلوب على أساس برامج ملائمة تختزن لديه فى طفولته ، لأن العملية العقلية شديدة التعقيد ، وحتى الحاسب الآلى لا يمكنه التلاؤم مع بعض إمكانات الإنسان فى استخدام اللغة . ويستطيع الطفل ، من خلال اتقانه للقواعد التى تحكم بناء لغته ، أن يظهر نوعا من الإبداع فى استخدام اللغة وفهم تلفظات الآخرين حتى وإن كانت جديدة عليه .

إن اللغة مهارة مفتوح النهايات ، وكل من يستطيع استخدامها يمكنه إنتاج وفهم جمل لم يسبق له استخدامها أو سماعها ، وبالتالي فإن نظريات المنبه والاستجابة في رأى تشومسكي لا تكفي لتفسير إمكانات الطفل في استخدام اللغة أو فهمها . وأكثر من هذا فمن المسلم به أن لدى الأطفال استعدادا لمهارة لغوية نظرية تسمى جهاز اكتساب اللغة ، وهو ميكانيزم افتراضي داخلي يمكن الأطفال من السيطرة على الإشارات القادمة وإعطائها معنى وانتاج استجابة ، وتقدم قواعد اللغة إلى الأطفال فيما يبدو بطريقة طبيعية حتى إذا كانوا ينتمون لمستويات شديدة الاختلاف من الذكاء والبيئة الثقافية ، وتطاع القواعد في حدود معينة دون أن يظهر ما يدل على فهمها ، ويؤيد تشومسكي النظرة القائلة إن الإنسان فريد فيما لديه من استعدادات لغوية. *(جمعة سيد يوسف ١٩٩٠ : ١٢٢)*

وبالإضافة إلى ما أظهرته النظريات السابقة من وجهات نظر تبين كيفية اكتساب اللغة توجد عوامل أخرى تؤثر على نمو اللغة لدى الطفل ، ومنها :

١) سلامة أعضاء الكلام [الجهاز التنفسي – الجهاز الصوتي "الحنجرة والأحبال الصوتية " – وأجهزة النطق (الحنك والأسنان واللسان والفك السفلي والشفتان والجهاز العصبي " مركز السمع والكلام ").
٢) العلاقة الطيبة بين الوالدين والطفل حيث تشجع هذه العلاقة الطفل على الكلام وتجعل كلام الطفل أسرع وأدق .
٣) المثيرات الثقافية والبيئية (التليفزيون ، الراديو ن الكتب ، المجلات، الألعاب اللغوية... إلخ).
٤) الذكاء ، حيث أن الطفل الأكثر ذكاء أكثر قدرة على اكتساب اللغة.
٥) النوع : حيث أشارت الدراسات (G loddstein, 1984 : 24) إلى أن البنات أسرع وأسبق في النطق الصحيح ، كما أن الذكور أكثر معاناة من اضطراب النطق وربما يعود ذلك إلى أن الطفل يتوحد مع الوالد من نفس الجنس وكنتيجة لذلك فإن الطفلة تتوحد مع أمها وتتبعها من مكان إلى آخر وتقلد أنشطتها وتتلقى الطفلة من أمها الكثير من المثيرات اللغوية والطفل ينمي نفس العلاقة مع الأب ولكن الأب لا يتواجد كثيرا بالمنزل مثل الأم.

رابعاً : عوامل الخطورة فى اضطراب الكلام :

١) عوامل نفسية :

هناك الكثير من عوامل الخطورة التى قد تؤدى إلى اضطرابات الكلام، منها:

- تعرض الطفل للإساءة الجُسمية (الضرب ، الحرق ، كسر العظام..إلخ) أو النفسية (الإهمال ، إطلاق الألقاب السيئة عليه..الخ).
- تدليل الطفل وحمايته وعدم إعطائه الفرصة للتفاعل مع الآخرين ، ومن ثم عدم تنمية مهاراته اللغوية والاجتماعية .
- وجود نماذج لديها عيوب واضحة فى النطق فى محيط بيئة الطفل .
- الصدمات الانفعالية الشديدة (وفاة أحد الوالدين – أو أحد موضوعات التعلق لدى الطفل).
- اضطرابات الجو الأسرى (الخلافات بين الوالدين – الطلاق – الانفصال).
- السخرية من نطق الطفل وعدم قدرته على النطق السليم لبعض الحروف أو الكلمات يجعله يحجم عن الكلام أو يخاف أن يتكلم حتى لا يتعرض للسخرية والاستهزاء داخل الأسرة أو المدرسة أو خارجهما .
- التعرض لخبرات مدرسية غير سارة (العقاب الشديد وسوء المعاملة– المقارنات بين التلاميذ – صعوبة المقررات والتركيز فقط على النتائج)
- حرمان الطفل من الحب وعدم إعطائه الشعور والثقة والانتماء والأمن.
- الانسحاب الاجتماعي للطفل نتيجة لوجود عيوب جسمية لديه(القصر الشديد – إصابات الوجه – عدم تناسق أعضاء الجسم خاصة الوجه – شلل الأطفال – الحروق) أو نتيجة للخوف المرضى " خاصة الخوف الاجتماعى " مما يعوقه عن التعبير عن ذاته وتؤدى إلى الشعور بعدم الثقة بالنفس.

٢- عوامل عضوية :

(أ) خلل أجهزة النطق :

تعد أجهزة النطق من أهم أجزاء الجسم الرئيسية فى إخراج الكلام ، ومن ثم فإن أى خلل فيها يؤدى إلى اضطراب الثقة وذلك على النحو التالى :

- الحنك المشقوق :

ويحدث الحنك المشقوق نتيجة لبعض العوامل مثل الاستعداد الوراثي المصحوب بمشكلات بيئية أثناء حمل الأم للطفل مثل التعرض للإشعاع ، أو امتناع وصول الاكسجين مبكرا في فترة الحمل ، أو قد يحدث نتيجة نقص الكالسيوم، أو لأسباب أخرى مثل دخول جسم غريب حاد إلى سقف الفم. ويؤدى الحنك المشقوق إلى صعوبات في التنفس والبلع والنطق ، ويمكن التغلب على هذه المشكلة بإجراء جراحة لالتئام الأنسجة معا ، أو تركيب حنك صناعي في المكان الشاغر.

- شق الشفاة :

وتؤدى هذه الحالة إلى عدم احتباس الهواء عند نطق بعض الحروف مثل (د – م)

- وجود مشكلات في اللسان :

مثل (القصر الزائد – قطع اللسان –أورام اللسان – اندفاع اللسان للامام) وهذه العيوب تؤدى إلى تشويه بعض الأصوات.

- تناسق الأسنان :

قد يؤدى لدى بعض الأشخاص إلى مشكلات في الإخراج السليم للكلمات رغم أن عدم تناسق الأسنان قد لا يرتبط لدى بعض الأشخاص بهذه المشكلة.

- عدم تطابق الفكين :

قد يؤدى إلى خلل في أطباق الأسنان إذ قد يتقدم الفك السفلي على العلوى أو العكس مما يؤثر على وضوح الصوت وجودته .

- ضعف أوالتهاب أو أورام الحنجرة والأحبال الصوتية والجهاز التنفسي

(ب) خلل الجهاز العصبي :

ما يصيب الجهاز العصبي من تلف أو إصابة ما قبل أو أثناء أو بعد الولادة هو المسئول في كثير من الأحيان عما ينجم من مشكلات في النطق ، ومن أهم مظاهر خلل الجهاز العصبي (الشلل الدماغي – التخلف العقلي – خلل جهاز السمع) . *(ايهاب البيلاوى ٢٠٠٣ : ١٢٧)*

٣- العوامل الاجتماعية :

هناك العديد من العوامل الاجتماعية التي تمثل عوامل خطورة قد تسهم في نشأة واستمرار اضطرابات اللغة ، ومنها :

- تدني المستوى الثقافي للأسرة وعدم التعامل مع الطفل بقدر كاف وعدم تصحيح لغة الطفل.
- منع الطفل من اللعب مع أقرانه مما يمنعه من التفاعل الاجتماعي واللغوى معهم .
- عدم اتاحة الفرصة للطفل للحوار والتحدث مع الأسرة أو الآخرين خارج المنزل .
- إيداع الأطفال مؤسسات الرعاية الاجتماعية أو دور الدفاع الاجتماعي أي دور رعاية الايتام ومجهولي المصدر (النسب) وأطفال الشوارع الذين تم إيداعهم بدور الدفاع الاجتماعي لحمايتهم تكثر لديهم العيوب اللغوية وانخفاض المستوى اللغوى والمهارات اللغوية حيث العلاقات الاجتماعية قائمة على التعليمات والأوامر ويفتقر الطفل فيها إلى الحنان والعلاقات الاجتماعية المدعمة لإعطائه الثقة بالنفس وطلاقة الكلام وتصحيح الاخطاء اللغوية.
- تدني المستوى الاقتصادي للأسرة مما يقلل من المثيرات التي يتعرض لها الطفل كي تزيد من تميزه الإدراكي للأصوات والأسماء وتقلل من فرص الخبرات التعليمية والتكنولوجية التي تزيد من قدرته على النطق السليم وكثرة المعلومات التي تتيح القدرة على استعمال اللغة بطريقة جيده.*(آمال باظة ٢٠٠٣ : ١١٧)*.

خامساً : من أنواع عيوب النطق :

١) الخمخمة :

الخمخمة وما يسميه العامة من الناس (الخنف) ، عيب من عيوب النطق ، يستهدف له الأطفال والصغار والبالغون الكبار على حد سواء . ويتميز هذا العيب عن غيره من العيوب التي تتصل بالنطق ، وكذلك عن الاضطرابات الكلامية المعروفة كاللجلجة مثلاً ، يتميز بمظاهر خاصة ، يسهل حتى على غير الإخصائيين وعلى غير المشتغلين بأمراض النطق إدراكها بمجرد الاستماع إليها ، سواء أكان ذلك عن طريق الملاحظة العارضة أم عن طريق الملاحظة المقصودة . ويصبح المصاب – والحالة هذه – هدفا للنقد والسخرية، فينشأ هيابا قلقا ، قليل الثقة بنفسه ، فيفضل الصمت والانزواء ، ويهرب من المجتمع إلا إذا اضطرته ظروف الحياة والتعامل ، فيقوم بذلك رغما عنه.

ويجد المصاب بالخمخمة صعوبة في إحداث جميع الأصوات الكلامية المتحرك منها والساكن (فيما عدا حرفي الميم والنون) ، فيخرجهما بطريقة مشوهة غير مألوفة فتبدو الحروف المتحركة مثلاً كأن فيها غنة . وترجع الإصابة بالخمخمة إلى عوامل ولادية ، إذ يتعرض الجنين في الأشهر الأولى من حياته إلى عدم نضج الأنسجة Tissues التي يتكون منها نصف الحلق أو الشفاة ، فيترتب على ذلك عدم التئامها ، وهنا تحدث فجوة Cleft في سقف الحلق أو يحدث انشقاق في الشفاة وخاصة الشفة العليا ، وتبلغ نسبة الإصابة بهذه العلة نحو طفل واحد في كل ألف طفل ، وقد أولت الأمم المتمدينة عناية فائقة للذين يولدون بأمثال هذه العيوب الخلقية فشرعت القوانين التي تقضي بضرورة إجراء عمليات جراحية يقوم بها مختصون في فن جراحة الترقيع Prosthesis وهذه العمليات الجراحية تؤدي إلى التئام هذه الفجوات الخلقية بحيث يصبح بعدها من المتيسر تدريب الطفل على أن يحسن الكلام .

٢- الثأثأة :

الثأثأة ، أو لكنة حرف السين ، من أكثر عيوب النطق انتشارا بين الأطفال، وهي تلاحظ بكثرة فيما بين الخامسة والسابعة ، أي في مرحلة إبدال الأسنان . غير أن كثيرا من المصابين في هذه السن يبرءون من هذه العلة إذا ما تمت عملية إبدال الأسنان ، فيعود نطق الحروف الصفيرية Sibilant إلى ما كان عليه من الدقة وعدم التردد . وهناك أقلية تلازمها هذه العادة إلى أن تتاح لها فرصة العلاج الكلامي. إن من أبرز أسباب الخطأ في نطق " حرف السين " عن طريق إبدالها بحروف أخرى كالثاء أو الشين أو الدال ، إنما يرجع إلى : (عدم انتظام الأسنان من ناحية تكوينها الحجمي ، كبراً وصغراً ، أو من حيث القرب والبعد ؛ أو تطابقها وخاصة في حالة الأضراس الطاحنة والأسنان القاطعة ، فيجعل تقابلها صعباً). ويعتبر هذا العيب العضوي التكويني ، على اختلاف صوره من أهم العوامل التي تسبب الثأثأة في أغلب الحالات التي تعرض على العيادات الكلامية. يتيسر له تحقيق التوافق بين القدرة الحركية والقدرة البصرية . وعندما يشعر بالتقدم تأخذ هذه التمرينات أشكالاً أخرى ، فبعد أن كان التدريب لنطق حروف منفصلة ، يصبح تدريبا على نطق مقاطع ، فكلمات ، فجمل . ويحسن ألا تزيد هذه الجلسات العلاجية عن مدة تتراوح بين ٢٠ و ٣٠ دقيقة ، وإلا أجهد المصاب *(مصطفى فهمي ١٩٧٥ : ١٥٧)*

٣- الحـذف :

في هذا النوع من عيوب النطق يحذف الطفل صوتا ما من الأصوات التى تتضمنها الكلمة ومن ثم ينطق جزءاً من الكلمة فقط ، وقد يشمل الحذف أيضاً أصواتا متعددة وبشكل ثابت ويصبح كلام الطفل في هذه الحالة غير مفهوم على الإطلاق .

مثال ينطق الطفل بدلاً من كلمة مدرسة مدسة أو مرسة ، أمد بدلا من أحمد أو محمد وتسبب عملية الحذف هذه صعوبة في فهم كلام الطفل ومعرفة الحاجة أو الفكرة التي يريد أن يعبر عنها مما يؤدى إلى إرباك الطفل ، وشعوره بعدم القدرة على إيصال أفكاره إلى الآخرين مما يفقده الشعور بالثقة بالنفس.

٤- اللجلجة أو التهتهة : Stammering or Stuttering (*)

هى نوع من التردد والاضطراب في الكلام حيث يردد الفرد حرفا أو مقطعا ترديداً لا إراديا مع عدم المقدرة على تجاوز ذلك إلى المقطع التالي ويصاحب اللجلجة اضطراب انفعالي وضيق وعدم ثقة وذلك لعدم القدرة على توصيل المعلومات للآخرين .

ومن أهم المؤشرات على وجود اللجلجة ما يلي :

١) إعـادة الحـرف أو تكريـره Repetition : (د.د.د... دلوقـت) أو المقطـع اللفظي (فـا. فـا. فـا.. فانلة) أو الكـلمة (لكـن . لكـن . لكـن . لكـن .. لكـن) وذلك بشكل تشنجي لا إرادى.

٢) الإطالـة الصـوتية الـزائدة Prolongation of Sounds : لا سـيما بالنسـبة للحروف السـاكنة ، ويشير البعض إلى أن الإطالـة الصوتية تكون في مراحل متقدمة من اللجلجة . على العكس من التكرير والإعادة التي تكون في مراحلها المبكرة.

٣) الـتوقفات (الإعاقـات) الكلامية Blockages : وتـبدو فـي عجـز الطفل عـن إصدار أى صوت على الإطلاق رغم مكابدته ومجاهدته ، ويلاحظ ذلك في

(*) يستخدم معظم الباحثين المصطلحين Stuttering و Stammering بالتبادل للإشارة إلى معنى واحد وهـو الـتردد والخفاء والاختلاط في الكلام ، بينما يقصر بعضهم المصطلح الأول على عملية تكرير واعـادة Reptition الأصوات أو المقاطع اللغوية أو الكلمات ، والمصطلح الثاني بمعنى عقدة اللسان أو انسـداد الكلام على توقفات الكلام والتردد فيه Hesitations كما يستخدم مصطلح Stuttering بكـثرة فـي الولايات المتحدة الأمريكية، بينما يشيع مصطلح Stammering أكثر في بريطانيا (عبد المطلب القريطي١٩٩٧: ٣٤٧).

بداية نطق الحرف أو المقطع اللفظي أو الكلمة ، وفي الكلمات المشددة خاصة ، مما ينجم عنه تقطعات كلامية Speech Interruptions .

ومن المظاهر الثانوية المصاحبة للجلجة ما يلي :

- اضطراب النشاط الحركي للمتلجلج . ويبدو ذلك في سلوك حركي غير ملائم ولا متطابق ، وعادة ما يرتبط ذلك بلحظات صعوبة لفظ بدايات الأصوات والكلمات ، ومنه تقلصات عضلات الوجه . وارتعاش الرموش والشفتين ، ورفع الاكتاف وتحريك الذراعين ، واحمرار الوجه.
- اضطراب عملية التنفس ويبدو في صعوبة التنفس نتيجة الاستنشاق المفاجئ للهواء ، والطرد العنيف للأنفاس مع استخدام كمية قليلة من هواء الزفير في الكلام .
- إحجام الطفل ومحاولة تجنبه لما يثير لجلجته أو خجله ، أو ما يترتب عليها من نتائج ، والإسهاب في استخدام بعض المترادفات بغرض تجنب بعض حروف أو كلمات معينة بتوقع اللجلجة فيها ، وتحاشي النظر في عين المستمع .

ويظهر اضطراب اللجلجة عادة في سن الثالثة أو الرابعة . أو خلال الفئة العمرية من ثلاث إلى عشر سنوات ، بمعنى أنه قد يحدث أثناء عملية اكتساب الطفل للغة ، أو مع بدء دخول المدرسة، أو أثناء مخالطته لزملائه ومنافستهم . وغالبا ما يكون الطفل عاديا قبلها تماما ويتحدث بشكل عادى ثم يظهر عليه الاضطراب فجأة وربما تدريجيا . كما أنه أكثر شيوعا بين الأولاد والتوائم عنه بين البنات . وتبلغ نسبة حدوثه لدى الذكور مقارنة بالإناث ٣ : ١ .

(عبد المطلب القريطي ١٩٩٧ : ٣٤٧)

أسباب اللجلجة :

أ - أسباب وراثية :

أشارت الدراسات التي أجريت على عينة من المصابين باللجلجة إلى وجود اضطرابات مماثلة بين أفراد آخرين داخل أسرة المريض ، كما أشارت الدراسات أنه إذا كان أحد التوأمين مصابا باللجلجة فإن احتمال أن يصاب التوأم الآخر باللجلجة عاليا ويصل إلى ٣٠٪ .

ب- النوع :

أشارت الدراسات إلى أن الذكور يعانون من اللجلجة أكثر من البنات بنسبة ٤-١ .

جـ- العجز في السيطرة المخية :

بمعنى تنافس نصفي المخ أو نشاطهما معا في وقت واحد تقريبا أثناء الكلام مما يؤدى إلى اللجلجة . والمعلوم أن الكلام العادى يتطلب نشاطا متزايدا من نصف معين من المخ أكثر من النصف الآخر ، وأن الجزء الخاص بالسيطرة على عملية الكلام في المخ يرتبط بالجزء المسيطر على حركات اليد في الكتابة .. ولذا نجد أن الطفل الأعسر - الذى يسيطر لديه النصف الأيمن - إذا ما أجبر على الكتابة بيده اليمنى التى لم يستخدمها من قبل - وهو ما يتضمن استثارة اجبارية للنصف الأيسر من المخ - فإنه يحدث تنافس بين النصفين للمخ ويؤدى إلى ظهور اللجلجة. وتتواتر كثير من نتائج البحوث التى تعتمد على رسم المخ الكهربائى للمصابين باللجلجة لتؤيد هذا السبب.

د - أسباب نفسية :

مثل التعرض لصدمات انفعالية عنيفة (موت الوالد - طلاق الوالدين ..الخ) وكذلك القلق الشديد والخوف وانعدام الطمأنينة وعدم القدرة على التعبير عن الأفكار وكذلك اساليب التنشئة القاسية أو التدليل الزائد للطفل . ويرى المحللون النفسيون أن اللجلجة هى عرض عصابى يخفى دوافع لا شعوريه ورغبات عدوانية مكبوتة يخجل منها المتلجلج ويخشى ان يكشفها الكلام. ويرى السلوكيون أن اللجلجة سلوك مكتسب من خلال تقليد احد الوالدين المصابين باللجلجة او من خلال عوامل معينة مثل القلق الذى يبديه الوالدان إزاء تعثر المحاولات الأولى لطفلهما في الكلام وانتقال القلق إلى الطفل ،وتكرار اقترانه بمواقف الكلام حتى يصبح الاضطراب الكلامى ، وانتقال القلق إلى الطفل ، وتكرار اقترانه بمواقف الكلام حتى يصبح الاضطراب الكلامى نمطا مزمنا ، وكذلك على ما قد يجنيه الطفل ذاته من مكاسب وفوائد ثانوية من اضطرابه ؛ كإعفائه من بعض المهام او التكليفات المدرسية ، ومن ثم يركن إلى اعتياد الاضطراب.

هذا بالإضافة إلى التوقعات العالية من قبل الوالدين لما يجب أن يكون عليه كلام الطفل وما يبديانه من قلق زائد مما يشعره بالذنب وعدم الثقة والنقص ، واستخدأمها لأساليب إما تتسم بالتشدد او التدليل الزائدين في تصحيح العيوب التعبيرية في كلام الطفل ، وكذلك ما يتعرض له الطفل خلال نموه من صدمات انفعالية مفاجئة ، وضغوط نفسية.

كما تتعين الإشارة أيضاً إلى العوامل المدرسية التى ربما تؤدى إلى نشوء اللجلجة لدى بعض الأطفال عند مطلع التحاقهم بالمدرسة ، أو إلى تثبيتها وإزمانها لدى البعض الآخر

ومن بينها اضطراب المناخ المدرسي وضغوط البيئة المدرسية، وعدم ملاءمة المناهج والمقررات ، والمعاملة القياسة من جانب المعلمين ، والخوف من المدرسة .. الخ.

(عبد المطلب القريطي ١٩٩٧ : ٣٤٥).

علاج اللجلجة :

أ – العلاج الطبي :

ويعتمد على معالجة نواحي النقص العضوية مثل (الزوائد الانفية ، التهاب اللوزتين، ترقيع سقف الحلق .. الخ) بالإضافة إلى المهدئات .

ب – العلاج النفسي ، ويشمل :

١- العلاج باللعب : حيث إن اللعب بحرية وطلاقة مع المعالج والآخرين وشعوره بأنه في مأمن من الآخرين يتحرر من القلق والخجل والخوف

٢- مناقشة مشكلات الطفل مع الوالدين والمعلمين.

٣- الاسترخاء ، يمكن اعتبار التهتهة عرضا لصراع نفسي عميق، يسيطر على الفرد المصاب ثم يتجاوز أفكاره ، وتصوراته إلى ذاته ، وتحت تأثير هذا الصراع النفسي يفقد المريض اتزانه العصبي والنفسي ويؤدى ذلك إلى عدم توافق وظائف المريض العقلية والوجدانية مع الوظائف العضوية (عرض بسيكوسوماتي) ويمكن إعادة التوافق هذا بالاعتماد على مبدأ الاسترخاء العضلي ، وما يتبعه من استرخاء نفسي وفكري. *(فيصل الزراد ١٩٩٠ : ١٩٢)*

٥ – العلاج السلوكي المنفر Aversion Therapy

ويعتمد على عملية توليد الكراهية والنفور والملل لدى المريض من كلأمه وصوته المضطرب ، حيث يمكن – إذا توفرت التقنيات اللازمة – توجيه صدمة للمريض (منبه مزعج) كلما أخطأ في سياق كلامه وزاد من تهتهته ، بينما تقدم للمريض مكافأة (مادية أو معنوية) وكتعزيز إيجابي كلما قلل من تهتهته ، أو بالأحرى بإمكانه تفادى الصدمة (الكهربائية) وتجنبها إذا قلل من تهتهته ، وبهذا الشكل تصبح عملية التهتهة مقترنة بعقوبة ، أو بمنبه مؤلم ، وعدم التهتهة مقترنا بالراحة أو بالمكافأة (عملية اشراط تخضع لقوانين الاشراط في التعلم)، ومع تكرار الجلسات يتدرب الفرد على تجنب التهتهة وزيادة التحكم والسيطرة على كلامه (عملية إنطفاء لاستجابة التهتهة).

***

الفصل السادس عشر
اضطرابات الأكل

أولاً : التغذية والنمو والتعلم

ثانياً: تعريف اضطرابات الأكل

ثالثا : بعض مشكلات الأكل لدى الأطفال

١) المشكلات المتعلقة بالرضاعة والفطام

٢) فقدان الشهية العصبى

٣) الشره العصبى

٤) أكل مواد غير صالحة للأكل

٥) البدانــة

الفصل السادس عشر

اضطرابات الأكل

Eating Disorders

يمثل الغذاء بالنسبة للطفل أحد الحاجات البيولوجية الأساسية التى تحافظ على وجوده وعلى استمراره فى الحياة وهو من أهم العوامل التى تؤثر على صحة الطفل الجسمية والتعليمية والنفسية وخاصة فى السنوات الأولى من عمره .*(Maslow, 1971)*

وعملية التغذية عملية حيوية هامة بالنسبة للطفل إذ تكاد تكون الشيء الوحيد الذى يشغله فى الأشهر الأولى ، ويرجع أثرها إلى تكرارها مرات عدة كل يوم ، وإلى ارتباطها فى ذهن الطفل بالأم ، وهى أول شخص تتكون حوله عواطف الطفل ، وتكون هذه العواطف مرتبطة بعملية التغذية والانفعالات المصاحبة لها : كانفعالات الارتياح والضيق والتألم وعواطف الحب وعواطف الكراهية . فإن الاحتمال القوى فى أن يكون لمواقف تناول الطعام أثر ثابت فى تكوين شخصية الطفل . وأنماط الآباء السلوكية نحو تغذية الأبناء، أنماط تكاد أن تكون ثابتة ، ومتكررة ولذلك ترتبط مناسبة الأكل فى ذهن الطفل بانفعالات الخوف ، أو الغضب، أو التألم والضيق ، أو انفعالات الارتياح ، كما تساعد هذه الانفعالات على تكوين عواطف الحب أو عواطف الكراهية ، مما يؤثر على شخصية الطفل وصحته النفسية والجسمية.

ومن الثابت علميا أن الحياة الانفعالية للطفل لها أثر ضار على عملية الهضم ، فالأكل المرتبط بالخوف والغضب والثورة والعناد يعطل ويقلل من فاعلية عملية الهضم مما يضر بنمو الطفل وصحته العامة، إن التمثيل الغذائى يحتاج إلى جو نفسى هادئ وحالة نفسية غير مضطربة ، كما أن الانفعالات الضارة بل حتى انفعال الفرح يؤدى فى الغالب إلى ضعف الشهية عند الطفل ، والآباء المرضى بالقلق النفسى يقلقون كثيرا على صحة أبنائهم ويعتبرون كثرة الأكل دليلا على صحة الطفل ، بل يدفعون الطفل للأكل لدرجة قد تصل به للتخمة، وذلك كوسيلة من وسائل إنقاص توتر الآباء المرضى بالقلق النفسى .

(ملاك جرجس ١٩٩٣ : ٨ – ٩) .

ويشير *جليفاند وآخرين (Gelfand et al., 1997 : 242)* إلى أن الوالدين فى كل أنحاء العالم تقريبا غالبا ما يشتكون من سلوك الأكل لدى أطفالهم ، فهم يشتكون أن

الأبناء لا يأكلون بشكل كاف ، أو إنهم لا يأكلون الطعام المناسب ، أو أنهم لا يأكلون في الوقت أو المكان المناسبين .

أولاً: التغذية والنمو والتعلم :

يلاحظ في كثير من الدراسات أن عجز الطفل عن الحصول على ما يكفيه من السعرات الحرارية يؤدى إلى تناقص في نشاطه . وفي حالات الحرمان الشديد أو المجاعات يصاب الأطفال بالتبلد وانخفاض النشاط . ولا يقتصر الأمر على كمية الطعام التي يتناولها الفرد ، فقد لوحظ أن الحرمان من كمية الغذاء المناسبة ومن نوع الغذاء الملائم يجعل التعلم غير مثمر ، كما لوحظ أن منح التلاميذ وجبات غذائية تحتوى على العناصر الغذائية إلى جانب الفيتامينات الهامة يؤدى إلى تحسن واضح في الصحة العامة وزيادة النشاط والقدرة على التركيز . وبمعنى آخر فإن التغذية السليمة تؤدى إلى زيادة القدرة على تعلم أعمال بدنية وعقلية . *(محمد جميل منصور، مرجع سابق: ١٦)*

ثانياً : تعريف اضطرابات الأكل :

قديما كان تصنيف اضطرابات الأكل ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية ، إلى أن صدر دليل تشخيص الأمراض النفسية لرابطة الطب النفسي الأمريكي الثالث (DSM-III-R) عام ١٩٨٧ وأعقبه الدليل الرابع لعام ١٩٩٤ ووضعها منفصلة تحت عنوان اضطرابات الأكل ، وهذه الاضطرابات تتميز باختلال كبير في سلوك تناول الطعام .

وتُعرف اضطرابات الأكل بأنها : اختلال في سلوك تناول الطعام وعدم الانتظام في تناول الوجبات ، ما بين الأمتناع القهرى عن تناول الطعام ، أو التكرار القهرى لتناول الطعام في غير مواعيده ، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد ، والذى قد يصاحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم .

وأهم المحكات التشخيصية لاضطرابات الأكل لدى الأطفال وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (١٩٩٤) هي :

١) الفشل المستمر في تناول الطعام بدرجة كافية مع خفض واضح في نمو الوزن أو فقدان في الوزن لمدة شهر على الأقل .

٢) لا يعود الاضطراب إلى أسباب مرتبطة باضطرابات معوية أو معدية أو أى حالات مرضية جسمية أخرى .

٣) لا يعود الاضطراب فى التغذية إلى اضطراب نفسى (القلق أو الاكتئاب) أو عدم توافر الغذاء .

٤) يحدث الاضطراب قبل سن السادسة ، كما أن المحكات التشخيصية لاضطرابات التغذية فى الطفولة طبقا للتصنيف الدولى العاشر للأمراض ICD تتمثل فى :

- فشل الطفل فى تناول الطعام بدرجة كافية أو الاجترار المستمر للطعام.
- فشل الطفل فى المحافظة على وزنه .
- أن يكون الاضطراب فى التغذية قبل ست سنوات .
- عدم وجود أعراض نفسية أو سلوكية أو أمراض عضوية لدى الطفل.

ثالثاً : بعض مشكلات الأكل لدى الأطفال :

سوف نعرض فى هذا الجزء بعض مشكلات الأكل لدى الأطفال وهى : (١-المشكلات المتعلقة بالرضاعة والفطام ٢- فقدان الشهية ٣- الشره العصبى ٤- أكل مواد غير صالحة للأكل ٥- السمنة) .

١- المشكلات المتعلقة بالرضاعة والفطام :

منذ الأيام الأولى للولادة تبدأ علاقة إنسانية بين الطفل والأم وتتوقف اتجاهات الطفل نحو ذاته ونحو العالم والمستقبل على طبيعة هذه العلاقة وما يكتسبه الطفل فى السنوات الأولى من خصائص له أثر فعال فى تشكيل شخصيته وشعور بالأمن النفسى ، وبذرة الشعور بالأمن النفسى والثقة تنمو من خلال إدراكه لحب أمه له وأول عمل يؤدى إلى شعور الطفل بالأمن والثقة هو عملية الرضاعة . ولقد وردت فى القرآن الكريم ، بل وتكررت الإشارة إلى الرضاعة الطبيعية فى آيات كريمة عديدة ، بل حث القرآن أيضاً على الوصول بها إلى حولين كاملين ﴿ وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَن يُتِمَّ الرَّضَاعَةَ ﴾ " سورة البقرة : الآية ٢٣٣ "]

ويشير بولبى *(مايكل راتر -ترجمة ممدوحة سلامة ١٩٩١)* أن الرضاعة هى أساس حياة الطفل ووسيلة اتصاله بأمه ، وهذه العملية لا تشبع جوع الطفل فحسب بل إنها تشبع رغبته فى حب الأم حيث إن الطفل يتلقى رسالة حب إنسانية من عين الأم أثناء الرضاعة ، فالأم التى تبدى اهتماما بالطفل أثناء الرضاعة وتلاعبه وتحادثه وتهزء وتغنى له يشعر بأهميته وقيمته مما يمهد لبناء الثقة الأساسية .

ويخلص بولبي إلى أن الطفل أثناء الرضاعة لا يرضع لبنا فحسب ولكنه يرضع لبنا ممتزجا بحب الأم مما يؤدى إلى الصحة الجسمية (اللبن) والنفسية(الحب) لدى الطفل ، ويميل أساسا للشخصية السوية القادرة على مواجهة الضغوط والمشكلات لأن لديها الشعور بالثقة الأساسية .

ويشير *محمد شعلان (١٩٧٧ : ٣٩ - ٤١)* إلى أنه من الثابت علميا أن الحالة الانفعالية للطفل تؤثر على عملية هضمه للغذاء ، ولذلك فإن عملية الرضاعة وما يرتبط بها من مشاعر الحب والارتياح ، تساعد على توثيق علاقة الأم بطفلها ، مما يزيد من مشاعر الحب والود والدفء ، والأمن نحوها ، ثم تعمم هذه المشاعر إلى الآخرين ويبدأ الطفل حياة سليمة ، تمضي به إلى حسن التوافق الانفعالي والاجتماعي في المستقبل.

مميزات الرضاعة الطبيعية :

بالإضافة إلى ما سبق أن ذكرناه من فوائد نفسية للرضاعة الطبيعية متمثلة في الشعور بالأمن النفسي والثقة والحب فإن للرضاعة الطبيعية مزايا متعددة ، منها:

١) لبن الأم يحتوى على سكر (اللاكتوز) الذى تهضمه الأمعاء ، وتحوله إلى سكر (الجليكوز) الذى يمد خلايا الجسم بالطاقة وإلى سكر (الجالكتوز) الذى هو ضرورى لنمو المخ والجهاز العصبي.

٢) يحتوى لبن الأم على نسبة كبيرة من الأحماض الدهنية الأساسية ، التى هى مصدر كبير للطاقة ، أما البروتينات فتوجد في شرش اللبن ،وهو يتجبن بفعل عصارة المعدة ، ولذلك فهو سهل الهضم عن أى لبن آخر.

٣) لبن الأم غني بالفيتامينات ، كما يحتوى على عناصر الكالسيوم والبوتاسيوم والفسفور والحديد ، ولذلك فإنه يقى الطفل نسبيا من الأنيميا.

٤) لبن الأم يكسب الأطفال وقاية ومناعة من خلال المواد والأجسام المناعية الموجودة فيه ، تلك التى تقتل البكتريا والفيروسات والفطريات، كما يغذى لبن الأم بعض الطفيليات المنتجة لمواد تقتل البكتريا ، هذا بالإضافة إلى أن هذا اللبن يمنع الإصابة بأمراض الحساسية حتى فى الأطفال المولودين في عائلة لها تاريخ فى أمراض الحساسية .

٥) وإلى جانب ذلك ، فإن لبن الأم يشجع على تعادل حركة الأهداب فى أمعاء الطفل ، وينتج برازاً قليل الحمضية وذلك يمنع الالتهابات الجلدية.

٦) كما يقى لبن الأطفال من الأمراض المختلفة مثل النزلات المعوية والتهابات الأذن الوسطى والالتهابات الصدرية.

أما الرضاعة الصناعية فهى تؤدى إلى ضعف مناعة الطفل وسوء تغذيته وضعف مقاومته للأمراض فتتكرر لديه الإصابة بالنزلات المعوية أو الالتهابات الصدرية وقد يصاب ببعض الأمراض كالحساسية مما يؤدى إلى تدهور صحته*(جمال شفيق ١٩٩٢ : ٧٣)*.

الفطام : Weaning

يعتبر الفطام من المواقف الحرجة والفارقة فى حياة الطفل ، بل ويشكل أزمة لدى كل من الأم والطفل ، وهو أحد تحديات النمو بالنسبة للطفل ، وأحيانا ما يحدد اتجاه الطفل نحو الأم ونحو العالم والأمر يتوقف على عدة متغيرات ، ومنها (هل تم الفطام فجأة أم بالتدريج ، عمر الطفل ، طبيعة العلاقة بالأم ، نوعية الطعام التى كان يتناولها الطفل قبل الفطام ، مدى استخدام بعض الوسائل فى الفطام). ورغم أن للفطام جوانب إيجابية حيث تستطيع الأم وتتحمل أن تفصل الطفل عن ثديها وعن جسمها مما يؤذن ببداية استقلالية الطفل ووجوده ككيان إنسانى مستقل عن الأم ، إلا أن الفطام كى تتحقق له هذه الجوانب الإيجابية لا بد ألا يحدث بطريقة فجائية ، ذلك لأن الطفل عادة ما يضطرب حين تطرأ على حياته تغير مفاجئ لم يتهيأ له مسبقا.

وتشير *هيرلوك (Hurlock, 1956)* إلى أن مرجع الاضطرابات المصاحبة للفطام يعود إلى أن كل تغيير جديد يلزمه عملية إعادة توافق Readjustment أى أن على الطفل أن يغير من عاداته وسلوكه وأسلوب حياته بما يتناسب والمواقف الجديدة .

وحتى تتم عملية الفطام بسلام يمكن عمل ما يلى :

أ) أن يكون الفطام تدريجيا :

لأن فقد الطفل قربه وملامسته لثدى أمه يسبب له قدراً كبيرا من القلق النفسى ، وينتابه الشعور بالحرمان ، أما إذا كان الفطام تدريجيا فلا يشعر بهذا الحرمان ، ويكون الفطام تدريجيا بتقليل الرضاعات وزيادة تناول الأغذية.

ب) مراعاة بدء الفطام من سن سنة :

لأنه من الخطأ استخدام الرضاعة الطبيعية فترة طويلة حيث أن هذا يؤدى إلى زيادة اعتماد الطفل على أمه ، وكذلك يكون له أثره على صحته بصفة عامة ، ومن الخطأ حرمان الطفل من الرضاعة الطبيعية فى وقتٍ مبكر .

ج) تتجنب الأم فطام الطفل فى فصل الصيف :

حيث تكثر النزلات المعوية ، لذلك فمن الأفضل بدء فطامه فى أى فصل آخر من فصول السنة .

د) ينبغي أن تقوم الأم بنفسها بتقديم الطعام الخارجي للطفل :

كي لا يشعر أن حب الأم وحنانها وقربها منه ليس مرتبطا فقط بعملية الرضاعة .

هـ) ينبغي أن تكون الأم في حالة نفسية هادئة :

حيث إن الطفل يفهم عن طريق الإحساس فإن أى اضطراب بها ينتقل إلى الطفل ويمسه دون أن تشعر بذلك ، وقد يتأثر لبنها وأحيانا يجف كلية فيحرم الطفل من الغذاء الرئيسي والمفضل لا سيما في الشهور الأولى حيث يكون في أشد الحاجة إلى الرضاعة الطبيعية. لذا فإن الأم الحكيمة تضع مطالب طفلها في المرتبة الأولى من الأهمية ولا تسمح لأى شيء أن ينقص من راحتها النفسية ، ويجب أن تقوم على رعاية حاجات طفلها بنفسها *(كلير فهيم : مرجع سابق).*

الآثار المترتبة على الفطام المفاجئ :

من الأفضل – كما سبق أن ذكرنا – أن يتم الفطام بشكل تدريجي من خلال التقليل من عدد الرضعات وزيادة تناول الأغذية ، ولكن هناك بعض الأمهات يلجأن إلى طرق غير سوية لفطام الطفل ، منها : وضع مادة ذات طعم مر على الثدى ، أو إرساله بعيدا عن الأم لعدة أيام مما قد يشكل صدمة حقيقية للطفل ويؤدى إلى شعوره بعدم الثقة فى الأم ويشعر بعدم الأمن النفسي ، وأن عالمه غير آمن وتزداد عصبيته وتوتره ، وقد يطيح بأى شيء أمامه أو يكسر ألعابه أو الأشياء الأخرى الموجودة في المنزل ، ويستمر بكاؤه لفترات طويلة ويشعر بالتناقض الوجداني تجاه الأم ، فهو يحبها ولكن يبدأ في التوجس منها .

وقد أشارت دراسة *فوقية حسن عبد الحميد ١٩٩٢* التى استهدفت معرفة الرضاعة والفطام وعلاقتهما بمشكلات مرحلة الطفولة المبكرة كما تدركها الأمهات ما يلي :

- أن الرضاعة الطبيعية تقلل من ظهور معظم مشكلات الأطفال .
- أن أفضل وسيلة للفطام هى تقليل الرضعات مع زيادة تناول الأغذية الأخرى.
- أن مشكلات التغذية والتبول اللاارادى أكثر ظهوراً لدى الأطفال الذين تم فطامهم بطريقة فجائية وأقل لدى أقرانهم الذين تم فطامهم بطريقة تدريجية .
- أن أطفال الرضاعة الصناعية أكثر معاناة من مشكلات القلق ، التغذية (فقدان الشهية) والعدوان من أطفال الرضاعة الطبيعية ، ربما لم توجد فروق بينهما

فـى مشكلات الـنوم ، السـرقة ، الفوبـيا ، العـناد . ممـا يؤكـد أهمـية الفطـام التدريجى والرضاعة الطبيعية فى النمو النفسى للطفل.

٢- فقدان الشهية العصبى Anorexia Nervosa

هـو انعدام الرغبة فـى تـناول الطعام مع الخـوف المبالغ فـيه من زيـادة الـوزن، واضطرابه فـى إدراك صـورة الجسم ويظهر بصـورة واضحة فـى مرحلة المراهقة خاصة لدى الإنـاث ، كما يظهر هـذا الاضـطراب أيضاً لـدى الأطفـال علـى شـكل رفض للطعام ، والبطء الشديد فـى تناوله حيث يضع الطفل الطعام فـى فمه فـترة طويلة ولا يمضغه أو يبلغه ، كما يخاف من زيادة وزنه ولا يهتم بالأخطار المترتبة على عدم تناول الطعام الكافى.
(Steinberg, et al., 1999 ; 397 –398)

ويمكن تقسيم فقدان الشهية إلى أنواع :

١) فقدان الشهية الدائم ويرجع ذلك إلى عوامل مزمنة .

٢) فقدان الشهية المؤقتة ويرجع إلى عوامل طارئة.

٣) فقدان الشهية الفجائى وتصحبه أعراض أخرى ظاهرة كارتفاع الحرارة أو الغضب أو الحزن.

٤) فقدان الشخصية التدريجى نتيجة لأسلوب الوالدين واتجاهاتهما نحو موقف الطعام .

٥) فقدان الشهية العام بتناول جميع أنواع الأكل .

٦) فقدان الشهية الخاص بتناول بعض أنواع الطعام دون غيرها.

أعراض اضطراب فقدان الشهية : يمكن إجمال هذه الملامح فيما يلى :

- عادة ما يرفض هؤلاء المرضى تناول الطعام مع عائلاتهم فى الأماكن العامة.
- فقدان الوزن من خلال الانخفاض الشديد فى الأكل .
- نقص غير عادى فى تناول الأطعمة الدهنية والكربوهيدارتية.
- الميل الذاتى للقئ.
- إساءة استعمال مدرات البول والملينات من أجل فقدان الوزن .
- ممارسة التمريـنات الرياضية القاسية مثل : كثرة ركـوب الدراجة ، المشـى ، المشى البطئ ، الجرى .
- سلوك غريـب فى تـناول الأكل ، فهم يخفون الطعام فى جميع أنحاء المنزل وفـى جـيوبهم ، ويحـاولون الـتخلص مـن الطعـام فـى فوطهـم أو جـيوبهم ،

ويقطعون اللحوم إلى قطع صغيرة جدا ، ويقضون وقتا طويلا فى تنظيم محتويات الطعام فى الأطباق ، وإذا تم مواجهتهم بسلوكهم الغريب فهم دائما ينكرون أن سلوكهم غير عادى أو يرفضون مقدما مناقشة الأمر .

- الخوف الشديد من زيادة الوزن والإصابة بالسمنة.
- سلوك الوسواس القهرى والاكتئاب والقلق كالسرقة القهرية للحلوى والملبنات.
- الشكاوى الجسدية وخاصة اضطراب المعدة *(زينب شقير، ٢٠٠٢ :١٠٩)*

أسباب فقدان الشهية لدى الأطفال :

(أ) أسباب متعلقة بالأساليب المستخدمة فى تناول الطعام :

- الإكراه على تناول الطعام أو نوع خاص منه .
- النقد المستمر كنوع من الحث على تناول الطعام ..
- القلق والرعاية المفرطة لتناول الوجبات .
- الضبط القاسي وخاصة فيما يتعلق بآداب سلوك المائدة.
- ارتباطات غير سارة أثناء الوجبات .

(ب) أسباب جسمية مرضية ، مثل :

- معاناة الطفل من أمراض الفم والأسنان أو التهاب اللوزتين المزمن ، فقد يؤدى ذلك إلى إفراز التوكسينات وهى إفرازات تفرزها بؤر صديدية باللثة أو اللوزتين تؤدى إلى تقليل الحيوية العامة فتتأثر جميع أجهزة جسم الطفل المريض بما فيها الجهاز الهضمى ، وفى قلة الشهية للطعام إراحة له طول فترة المرض .
- الإصابة بالأنفلونزا أو أمراض الجهاز الهضمى كالإمساك وسوء الهضم وما نتج عنه من القئ واتساخ اللسان واضطراب قابلية الطفل للطعام – غير أن فقدان الشهية الذى يرجع لأسباب مرضية غالبا ما يكون فقدانا مؤقتا ينتهى بانتهاء المرض ، ولكننا فى مثل هذه الحالات لا نستطيع أن نستنتج من ذلك أن فقدان الشهية يكون دائما علامة على المرض البدنى *(كلير فهيم: ١٩٩٣، ٤١ -٤٢)*.

(جـ) أسباب نفسية :

- قد يكون فقدان الشهية والامتناع عن الأكل حيلة لا شعورية لجذب انتباه الوالدين المهملين للطفل.
- اضطراب الجو الأسرى (شجار – طلاق – انفصال).

- وفاة أحد الوالدين .
- الاضطراب النفسي لأحد الوالدين .
- الشعور بعدم الأمن واليأس .
- التوقعات الوالدية المبالغ فيها من الطفل .
- تعرض الطفل لخبرات غير سارة وقت الأكل ، كالعقاب على سوء سلوكه أو فشله في دراسته .
- التعرض لخبرات إساءة جسمية أو نفسية أو جنسية ، فيرغب الطفل في التخلص من حياته خاصة إذا شعر بالعجز أو اليأس تجاه تغيير حياته.
- الغيرة من ميلاد أخ جديد .
- وجود نماذج والديه ترغب في تخفيف الوزن (مثل الأم التي تقوم بعمل نظام غذاء لخفض الوزن) وكذلك عدم تناول الوالدين أو إحداهما لوجبة الغذاء مثلاً أو العشاء .
- اضطراب صورة الجسم لدى الطفل وخوفه من زيادة وزنه حتى لا يكون مثار سخرية للآخرين .
- زيادة الضوابط والقيود المفروضة على الطفل .

نصائح للوالدين لوقاية الأبناء من اضطراب فقد الشهية.

١) ينبغي أن يكون الأكل خبرة إيجابية خالية من الصراع : حيث يكون مكان الأكل جذابا ، وسهل التنظيف وهادئا ويعطى الطفل مجالا للأكل بحرية ، ومن الأفضل استخدام ملعقة قصيرة مستقيمة مسطحة اليد لأن ذلك يجعل الأكل أسهل ، هذا ويمكن للرضيع إمساك المعلقة ، كما يمكنه وضع الجزء العريض منها في جانب فمه ، وفيما بعد يمكنه استخدام شوكة غير حادة الرؤوس ، وينبغي وضع الطعام في مستوى المعدة بحيث لا يكون على الطفل الصغير أن يحاول الوصول لأعلى ، واستخدام مقعد منخفض ذى ظهر مستقيم يعطى الطفل الراحة بتمكينه من إبقاء قدميه على الأرض ، وليس في الهواء ، وينبغي تقديم الأطعمة الصلبة في سن ستة أشهر ، وتناول الطعام المتماسك ببعضه لأنه أسهل للأكل من الشوربات ، مع مراعاة أن معظم الرضع يستجيبون بشكل أفضل للأطعمة غير الحريقة في البداية، أما الأطعمة ذات المذاقات المختلفة ، أو الملمس المختلف ، أو الرائحة المختلفة ، أو الألوان المختلفة فينبغي تقديمها بكميات صغيرة جدا ، وأكثر الطرق نجاعة هي أن يتم تقديمها مَع الأطعمة التي اعتاد الرضيع أن يحبها . ولهذا يمكن

خلط كمية صغيرة جدا من طعام يرفضه الطفل (مثل الخضروات) مع أطعمة يحبها ، ومن الطرق الممتازة تقديم الطعام المرفوض بشكل مختلف ، فإذا رفض الطفل الحليب مثلاً يمكن تقديمه له على شكل مهلبية ، أو جبنة .

٢) اشتراك الطفل في انتقاء الطعام وإعداده .

٣) اشتراك الطفل في الحوارات المتعلقة باختيار نوعية الأطعمة التي ينبغي أن تشتريها الأم أو الأب وتوضيح فوائد هذه الأطعمة في بناء الجسم.*(شيفر وميلمان ١٩٨٩ : ٣١٨)*.

٤) يجب على الأم أن تعلم أن شهية الطفل ونموه يكونان طبيعين بعد السنة الأولى ، وكذلك يختلفان من طفل إلى آخر فلا داعي للمقارنة بين الأطفال ، المهم الصحة وليست البدانة فلكل خطوة إيجابية في تناول الطعام خطوة جديدة في النمو ، فإذا كانت سارة للطفل فسوف تتحسن علاقته نحو الطعام، والأم ، ونحو التجارب الجديدة ، وتتجه بخطوات واسعة إلى الأمام .

٥- يجب أن يكون الطفل عند تناوله غذائه منشرحاً هادئاً لا مهتاجا ، ولا مشغول الذهن ، فلا يصح نزعه فجأة من لعب نشيط لذيذ في نظره هو ليتناول الطعام أو وهو في حالة غضب أو ضيق ، أو إرغامه على تناول طعام معين أو كمية معينة .

٦- يجب أن يراعي كذلك تقديم الطعام بطريقة شهية جذابة. وأن يكون فيه مجال للتنوع من يوم إلى آخر بقدر الإمكان وفي أوان خاصة بالطفل ، إذ أن هذه فرصة لتفهيمه معنى الملكية واحترام ملكية الغير ، كما أن في ذلك فرصة أخرى لتعويده الاعتماد على نفسه في تنظيم أدواته ورفعها ووضعها وغير ذلك.

٧- يجب أن نعلم أنه من الأهمية بمكان ضرورة استمتاع الطفل بلذة تناول الطعام بكل الطرق الممكنة ، وأن ينظر إليه ويستمتع بطعمه ورائحته ، ولمسة وقضمة ومضغه ،فتصير لذة الطعام للطفل مشابهة للذة الحياة ولذة حب الناس ، فالأم المحبة التي تهتم باطعام طفلها جيدا تكون سببا في ازدياد وزنه *(كلير فهيم مرجع سابق : ٤٥)*.

٨- عدم عقاب الطفل أو تأنيبه أثناء الأكل ويجب عدم استخدام الأكل ذاته كعقاب للطفل على خطأ ارتكبه .

٩ – التقليل من الخلافات والمناقشات الزوجية بشكل عام وأثناء الأكل بصفة خاصة .

علاج فقد الشهية :

١) العلاج بالعقاقير من خلال إعطائه بعض المهدئات والمطمئنات ومضادات الاكتئاب مثل عقار Impromine .

٢) العلاج النفسي ، عن طريق تشجيع الطفل على التعبير عن مشاعره المكبوتة ، ويجب على المعالج أن يكون واعيا بالمشاعر المتطرفة للطفل (الرفض ، السيطرة ، عدم الصبر ، اللامبالاة).

٣) العلاج الأسرى ، حيث يعتبر فقدان الشهية العصبى عرضا لاضطرابات العلاقات داخل الأسرة ،ولذلك لا بد من اشتراك أفراد الأسرة فى البرنامج العلاجي خاصة الأمهات اللاتي يقمن باتباع نظام غذائي وفي نفس الوقت يضغطن على الابن ليتناول كميات كبيرة من الأكل .

٤) العلاج الغذائى، عادة تسير خطة العلاج على النحو التالى :

- إذا كان المريض يقئ عادة بعد الوجبات ، فمن الضرورى إبعاده عن دورة المياه مدة ساعتين بعد الأكل لتجنب هذا السلوك .
- يوزن المريض يوميا أو أسبوعيا ، ومنذ الوزن يراعى تفريغ مثانته ولا يلبس ملابس ثقيلة أو يضع فى ملابسه أشياء ثقيلة ولا يتناول وجبة كبيرة أو يشرب كميات كبيرة من المادة لزيادة وزنه .
- يُعطى نظاما غذائيا للوجبات بإشراف طبى.
- إذا استمر المريض فى فقدان الوزن واستمرت حالة فقدان الشهية يتم تغذيته عن طريق أنبوبة من الأنف إلى المعدة ، وقد يتقبل البعض هذه الطريقة ويمارس بها أنشطته المعتادة ، والبعض يمكن أن يقيئ أو يخرج الأنبوبة وهنا يلزم تهدئتهم بالعقاقير ، وبعد أيام من بداية التغذية بالأنبوبة سوف يتحسن الوزن ، وكلما بدأ المريض فى تناول الأطعمة بنفسه تنزع الأنبوبة *(محمود حمودة ١٩٩١، ٢٠٢)*.

(٣) الشره العصبى: Bulima Nervosa

هو اضطراب ينتشر أكثر بين الإناث عن الذكور بنسبة (٤٪ – ٥٪) ويمكن تعريفه على أنه " التناول القهرى لكميات كبيرة من الطعام أكثر مما يأكله معظم الأولاد ، ويتم التهام الأكل بسرعة شديدة ويشعر الفرد بعدم القدرة على التحكم فى سلوك الأكل ، ويحدث هذا السلوك مرتين على الأقل فى الأسبوع لمدة ثلاثة شهور ". والشراهة تحدث نتيجة التعب الجسمى الذى يحس به الشخص ، كالأم المعدة أو الشعور بالغثيان ، ويلى هذه الفترة عادة شعور بالخجل والذنب والاكتئاب والنفور من الذات ، ويستخدم مثل هذا الشخص عادة الملينات أو مدرات البول ، مع التقيؤ أو إحداث القئ بشكل صناعى كوضع الأصبع فى

الزور أو تناول دواء مسهل ملين للأمعاء ، أو عقار مدر للبول ، أو شرب ماء على الرغم من أن بعض المرضى يستطيع التقيؤ بإرادته دون وسيلة إلا إرادته (DSM-VI- 1994).

وأهم المحكات التشخيصية للشره العصبى :

- الأكل فى فترات متقاربة من الزمن (فى حدود كل ساعتين) وتكون كمية الطعام كبيرة أكثر من معظم الناس خلال نفس الفترة الزمنية ونفس الظروف المحيطة .
- الشعور بنقص القدرة على التحكم فى هذا الأكل الزائد Lack Of Control Overeating خلال هذه الفترة (الشعور بأن الفرد لا يستطيع أن يوقف رغبته فى تناول الطعام ولا ليتنبأ بكمية الطعام التى يمكن أن يأكلها).
- تكرار بعض الأساليب التعويضية Compensatory غير المناسبة لعدم زيادة الوزن مثل الملينات أو مدرات البول أو التقيؤ ، وكذلك محاولة زيادة التمرينات الرياضية لتقليل الوزن وهذا يحدث مرتين أسبوعيا لمدة ثلاثة شهور.
- تقييم الذات Self -Evaluation يخضع لشكل الجسم Body shape والوزن، بمعنى أن شعوره بالقيمة مرتبط بكيفية إدراكه بصورة جسمه وشكل هذا الجسم .
- هذا الاضطراب لا يحدث خلال فترات فقدان الشهية العصبى .

(Steinberg et al., 1999 : 397)

أسباب حدوث الشره العصبى :

أ- أسباب جسمية :

كاضطراب الغدد الصماء ، أو الإصابة بالديدان ، أو عدم ممارسة الأنشطة الرياضية ، أو دخول مرحلة المراهقة مما يتطلب كمية كبيرة من الطعام .

ب- أسباب انفعالية :

الشعور بعدم الأمن والاكتئاب واليأس، وزيادة العدوانية ، وزيادة وقت الفراغ ، والرغبة فى إرضاء الوالدين بالتهام كميات كبيرة من الطعام ، والشعور بالوحدة .

ج- الأسباب الفسيولوجية والاستعدادات الوراثية :

إن الذى يعانى من الوزن الزائد فى سن معين ، هو الأفضل فى تخزين الدهون ، ولكن حتى عندما يحرم من الطعام يصعب عليه التخلص من الدهون الزائدة ، فيكون على

الأرجح عُرضة للشره بسبب حاجته إلى قدرة أكبر للسيطرة على شهيته لكى يصبح نحيفا أو لأن يحافظ على نحافته . إن تجربة التغذية المبكرة والعوامل الوراثية تؤثر فى تكوين الخلايا الدهنية فى الجسم ، وفى السنة الأولى من حياة الطفل يتحدد عدد وحجم هذه الخلايا ، وإن المبالغة فى تغذيته فى فترة تكون الخلايا الدهنية ، تكون نتيجتها حاجة ملحة إلى المخزون الحرارى المرتفع للحفاظ على امتلاء الخلايا . اختلال إفرازات النخاع الشوكي ، فقد أثبتت الدراسات الحديثة نسبة الانخفاض غير الطبيعي لمادة السيرتونين الموجودة فى الدماغ لدى مصابي الشره ، تلك المادة التى تساعد على نقل الإندفاعات العصبية بين خلايا الدماغ ، وهى المسئولة عن الشعور بالشبع بعد الوجبات والسيطرة على التصرفات الاندفاعية ، ومن ثم يشعر بالجوع المستمر وبالتالى يتناول الأكل بشكل مستمر . وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الأقارب المصابين بالشره العصبى من الدرجة الاولى يكون أفراد العائلة أكثر عرضة للإصابة به *(زينب شقير، مرجع سابق : ٣٨)*

د- أساليب المعاملة الوالدية :

قد يحدث اضطراب الشره العصبى لدى الطفل نتيجة لتدليله الزائد من الأم أو خوفها البالغ على صحته ، أو ربط بعض الأمهات بين الصحة وزيادة الوزن فتستمر فى إطعام الطفل بغض النظر عن احتياجاته الفعلية ، كما أن تعرض الطفل للإساءة الجسمية أو النفسية أو الجنسية وعدم الرغبة الوالدية الكامنة تعتبر أيضاً عوامل هامة فى نشأة الشره العصبى.

كذلك فإن عدم وجود ضوابط وقواعد سلوكية والدية محددة داخل الأسرة (خاصة قواعد ونظم الأكل) وعدم تعويد الأبناء على العادات السليمة لتناول الأكل ووجود مشكلات أسرية يسهم فى مشكلة الشره العصبى. أيضاً فإن حرمان الطفل من أكل الكمية الكافية للطعام من الوالدين يؤدى إلى الشره .

هـ - أسباب معرفية :

يرتبط اضطراب الشره العصبى ببعض الأفكار غير العقلانية والتى تدور حول فكرة الكمالية والمثالية فى السلوك والشكل وصورة الجسم .

و - الأسباب الثقافية والاجتماعية :

حيث إن معظم الثقافات تشجع الوزن التالى لأنه يرتبط بالجاذبية الجسمية لآن هذا الوزن يزيد من فرص إقامة علاقات مع الآخرين ، ويزيد من فرص العمل، ويزيد من تحرر الفرد من الشحوم والدهون التى تعوق حركته وتسبب له أضراراً صحية ، كما أن الوزن الزائد يؤدى إلى العزلة وانخفاض تقدير الذات ، ولذلك فإن النحافة Thiness وتجنب

السمنة هى أحد الأهداف الهامة والتى تؤدى للشعور بالقيمة لدى المراهقين خاصة الإناث . *(Steinberg et al., 1999:401)*

علاج الشره العصبى :

قبل العلاج فإن هناك بعض الإرشادات التى ينبغى أن تراعيها الأم لدى أطفالها وهى التى سبق ذكرها فى موضوع فقدان الشهية العصبى من إعطاء الطفل الشعور بالأمن وتقليل الخلافات أمامه وكذلك على الأمهات أن تقلل من الأطعمة التى تحتوى على سعرات حرارية عالية ولا تحتوى على قيمة غذائية كبيرة (قطع الحلوى ، رقائق البطاطس ، المياه الغازية). وأن تُعطى للطفل كميات كافية من الطعام وإذا طلب المزيد فليأخذ ، وألا يكون الأكل أمام التليفزيون ، وتشجيعه على ممارسة الرياضة .

أما العلاجات ، فمن الممكن استخدام بعض الفنيات ، مثل :

- العلاج المعرفى السلوكى: لتعديل الفكرة السلبية عن الذات وعدم الرضا عن صورة الجسم وتعديل مفهوم الذات السلبى ، والتقليل من المشاعر الاكتئابية .
- مساعدة المريض على تنظيم تناول الطعام فى جداول منتظمة .
- مساعدة المريض على تقبل الذات وتقبل الضغوط ومواجهتها.

٤- أكل مواد غير صالحة للأكل :

ومسمى هذا الاضطراب (البيكا Pica) مأخوذ من الكلمة اللاتينية (بيكا) التى تشير إلى طائر العقيق الذى يلتهم كل شيء ينهم ويأكل الأصناف والأنواع الشاذة من الطعام . وأهم ما يميز هذا الاضطراب هو الرغبة العارمة فى تناول أطعمة غير مغذية كأن تكون قطع نفايا أو أجزاء من نباتات أو خشب أو أوراق ،والأطفال الأكبر سنا قد يأكلون مخلفات طعام الحيوانات أو الطين أو الرمل أو الشجر والدهانات والشعر والملابس . ويُلاحظ أن الطفل السوى الذى يتراوح عمره بين أربعة وتسعة أشهر ، يميل إلى أن يضع أى شيء فى متناوله فى فمه خاصة عندما يشعر بالجوع وهذه الحالة لا تعتبر حالات شهية شاذة وذلك لأنها شائعة بين الأطفال فى هذه السن الصغيرة ، وغالبا ما تختفى عند نهاية العام الأول ، وقد تمتد فى حالات الضعف العقلى . يبدأ هذا الاضطراب فى سن عام إلى عامين ، وغالبا ما يتراجع ويختفى فى الطفولة المبكرة ، ولكن أحيانا يظل للمراهقة ونادراً ما يستمر فى الحياة الراشدة. وينشأ عنه مضاعفات عديدة من أهمها التسمم بالرصاص بسبب بلع الدهانات ، وانسداد الأمعاء بسبب أكل الشعر ، او يصيب الفرد بالعدوى نتيجة لابتلاع القاذورات .

ويشير الـ DSM-IV إلى أن هذا الاضطراب يبدأ ظهوره في المهد ، وفي معظم الحالات يتأخر ظهوره بضعة أشهر ، وقد يستمر حتى المراهقة ، أو يقل في الكبر ، وبالنسبة لذوي اضطراب الوحم أو البيكا والمصابين بالتخلف العقلي فإن هذا الاضطراب قد يقل ويتناقص أيضاً في مرحلة الرشد أو الكبر .

المحكات التشخيصية :

أورد لنا الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع للأمراض النفسية والعقلية المحكات التالية لتشخيص اضطراب البيكا أو الوحم على النحو التالي :

١) التناول المستمر أو النهم للمواد غير الغذائية لفترة لا تقل عن شهر.

٢) نهم المواد غير الغذائية لا يتناسب مع مستوى النمو.

٣) سلوك نهم الأشياء غير الطبيعية ليس جزءاً من العادات والممارسات الحضارية أو الثقافية في المجتمع الذي يعيش فيه الفرد .

٤) إذا حدث النهم على تناول الأطعمة غير المألوفة بشكل استثنائي أثناء مسار أحد الاضطرابات النفسية الأخرى (مثل ، التخلف العقلي ، اضطرابات النمو السائدة ، الفصام) ، فإن هذه الحالة خطيرة بدرجة كافية تتطلب عناية اكلينكية خاصة أو مستقلة .

أسباب اضطراب أكل مواد غير صالحة للأكل :

- سوء العلاقة بين الأم والطفل التي ينتج عنها عدم إشباع الاحتياجات الفمية فيعبر عنها الطفل بالبحث عن أشياء غير صالحة للأكل.
- نقص غذائي معين مثل نقص الكالسيوم والحديد والرصاص الأمر الذي يدفع الأطفال إلى ذلك السلوك .
- عوامل ثقافية خاصة ببعض الشعوب لوحظ أنها لها علاقة بأكل الطين لدى الحوامل ، وأكل المواد الغريبة لدى الأطفال.

العلاج :

- بالنسبة للأسرة تخفيف الضغوط على الطفل وأن تكون وجبات الطفل كافية ومشتملة لكل العناصر الغذائية.
- يمكن استخدام العلاج السلوكي التنفيري عن طريق اقتران تناول هذه الأشياء غير المألوفة بصدمة كهربائية أو بتناول عقار يؤدي إلى التقيؤ والتقزز.

- وكذلك شغل أوقات فراغ الطفل ومتابعته وإشعاره بالحب .
- علاج حالات التسمم بالرصاص والإصابة الناتجة عن تناول الأشياء غير المألوفة.

٥- السمنة Obesity

البدانة هي وجود كميات زائدة من الشحوم في الجسم ، ومن التعريفات المباشره للبدانة القول بأن الأطفال الذين يبدون بدينين هم البدينون ، ويستخدم الأطباء جداول تحتوى على معدل الاوزان المقابلة للعمر والجنس والطول ن وتبعا لهذا الأسلوب ن تعرف البدانة بزيادة وزن الشخص ٢٠٪ أو أكثر فوق الوزن المتوسط ، وفي ضوء ذلك نجد أن ثلث الأطفال تقريبا ممن هم دون سن الثأمنة عشر لديهم وزن زائد ، وأكثر ما يلفت النظر هو حقيقة أن ٦٠ – ٨٥٪ من الأطفال البدينين يظلون بدينين طوال حياتهم ، وكلما زادت الفترة التي يقضونها وهم بدينون كلما زاد احتمال أن يصبحوا بدينين وهم راشدون.
(Gelfand et al., 1997 : 242)

وتمثل البدانة مشكلة صحية وجسمية ونفسية واجتماعية خطيرة لا سيما وأن نسبة من ٥٪ – ١٠٪ من الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة يعانون من البدانة وأن نسبة حوالي ٢٧٪ من ٦ –١٢ سنة يعانون من البدانة ، كما أن هذه النسبة تصل إلى ٢٠٪ في مرحلة المراهقة . وسمنة الطفولة تبدأ في الظهور في سن مبكرة ما بين الرابعة والحادية عشر ، وتتميز بكثرة عدد الخلايا الدهنية واستمرار السمنة حتى بعد البلوغ أو مدى الحياة في كثير من الحالات إذا لم يتم اتباع نظام غذائي صحي. وتعتبر سمنة الطفولة اكثر صعوبة بسبب هذه الزيادة في النسيج الدهني على حساب كل من تضخم الخلية وعدد الخلايا الدهنية.

تأثير البدانة على الطفل :

تصبح البدانة حلقة مفرغة مهما كان العامل الذى سببها في البداية فكلما زاد وزن الطفل قلت الفرصة أمامه للاستمتاع بالرياضة واللعب ، وكلما قلت حركته ازدادت الطاقة التي يمكنه اختزانها في جسمه كدهن ، وبذلك تصبح حلقة مفرغة ومستمرة ، فالطفل البدين لا يستطيع أن يشترك في الالعاب بسهولة، فيشعر بأنه خارج عن الجماعة ، مما يدعو زملائه إلى التهكم عليه والاستهزاء به ، وتكون نتيجة ذلك أن يشعر بالوحدة والتعاسة وعدم الرضا، ويمكن إجمال تأثير البدانة على النواحي الآتية :

أ- الأعراض الجسمية :

- ضيق النفس والنهجان خصوصا عند القيام بمجهود عضلي .

- الميل إلى النوم والشخير وتوقف التنفس فترات قصيرة أثناء النوم وذلك نتيجة الخلل في مراكز التنفس بالمخ.
- الأم المفاصل (الركبتين – القدم – الكعبين) نتيجة للحمل الزائد عليها مما يعجل بتآكلها .
- التهابات جلدية متكررة بسبب الإصابة بالميكروبات والفطريات الجلدية بين ثنايات الجلد.
- اضطرابات الجهاز الهضمي وأمراض الحوصلة المرارية وتشحم الكبد مما يتسبب في عسر الهضم والانتفاخ والإمساك المزمن.
- تقل الخصوبة في السيدات البدينات بسبب اضطراب الغدد الصماء.
- جلطات متكررة بالأرجل.
- انخفاض الحيوية ونقص الحركة والنشاط .
- تضخم الساقين وارتفاع الضغط على الرئة.
- عامل خطورة للإصابة بمرض السكر.
- عامل خطورة للوفاة المفاجئة نتيجة لمصاحبات ومضاعفات السمنة.
- عامل خطورة لضعف القدرة الجنسية في الرشد.(*زينب شقير، مرجع سابق: ٢٢*)

ب- الأعراض الاجتماعية :

- الانطواء والعزلة والشعور بالوحدة النفسية .
- تقلص العلاقات الاجتماعية أو قلتها .
- الإهانة والسخرية من الآخرين (يطلق الأطفال على أقرانهم البدناء).
- تجنب المناسبات الاجتماعية .

جـ- الأعراض النفسية :

- انخفاض تقدير الذات والشعور بالنقص .
- القلق الزائد على الجسم .
- مشاعر الاكتئاب والأفكار الانتحارية.
- عدم الرضا عن الذات .
- اضطراب صورة الجسم .
- الاعتمادية الزائدة .
- العصبية وعدم القدرة على التحكم في الإنفعالات .

- نقص القدرة على التحصيل والتركيز والتذكر .

د- الاعراض السلوكية :

- عدم القدرة على التحكم فى السلوكيات المختلفة .
- البحث المستمر عن الأكل .
- تناول الطعام بشكل نهم ولا إرادى.

أسباب حدوث السمنة لدى الأطفال :

أ – الوراثة :

فعندما لا يكون الأبوان بدينين يكون هناك احتمال ٧٪ فقط أن يصبح الطفل راشدا بدينا ، وإذا كان أحد الأبوين بدينا ، يصبح الاحتمال ٤٠ –٥٠٪ فى أن يصبح الطفل بدينا عندما يكبر ، وإذا كان كلا الأبوين بدينا ، فإن هناك احتمالا كبيرا ٨٠٪ فى أن يصبح الطفل بدينا عندما يكبر.

ب- الجوانب النفسية :

- وتشمل زيادة القلق والتعرض للضغوط والشعور بعدم الأمن النفسى والتوتر الانفعالى الزائد .
- خبرات الفشل (فى الدراسة ، العلاقات) والفقد (لشخص حبيب).
- الشعور بالوحدة النفسية .
- انخفاض تقدير الذات وعدم الرضا عن الذات .

جـ- العادات الغذائية :

- تناول كميات كبيرة من الأطعمة .
- قلة الحركة والنشاط وعدم الانتظام فى ممارسة الرياضة .
- وفرة الأكل الدسم .
- عدم الانتظام فى تناول الوجبات .
- الأكل بين الوجبات لاشياء غير مفيدة (المياه الغازية – الشيكولاته ..الخ).

نصائح للآباء والأمهات للتقليل من سمنة الأبناء :

- يجب أن يكون الوالدان قدوة للأبناء، فالأباء البدينون لهم أبناء بدينون وهؤلاء الأباء لا يقدمون نموذجا للبدانة فحسب وإنما يتعلم أطفالهم أيضاً أسلوب حياتهم ، ولذلك ينبغى على الآباء أن يكونوا نماذج للنشاط وعدم

البدانة ، فالوجبات يجب أن يتم الاستمتاع بها وان يتم تناولها ببطء وأن تكون متوازنة وألا تكون كبيرة جداً .

- يجب أن تكون لديك القناعة بأن الخضروات والفواكه واللحوم الخالية من الدهون .
- ان عادات الأكل التى تتشكل فى مرحلة الطفولة غالبا ما تستمر مدى الحياة، ونظام التغذية السيئ القائم على تناول الحلويات والنشويات المكررة والدهون والزيوت الحيوانية لا يؤدى إلى السمنة الزائدة فقط وإنما يعوق تناول المأكولات ذات القيمة الغذائية العالية ، ولذلك يجب أن يتم إيقاف عادة أكل الحلويات قبل أن تبدأ ، وبدل الحلويات يجب مثلاً شراء العصير والفواكه الطازجة وليس الشراب المحلى أو الفواكه المعلبة فى سوائل كثيفة.
- تنمية الشعور بالقيمة والكفاءة والرضا عن الذات لدى الأبناء ، حيث أنه من الشائع جداً أن يتخذ الإفراط فى الأكل مصدراً للراحة والرضا النفسى وهو أمر ينبغى الحذر الشديد منه والعمل على منع حدوثه ، فالرضا النفسى يجب أن يتحقق من خلال الإنجازات ، والصداقات ، والعلاقات الأسرية الحميمة ، إذ ممكن عن طريق تنمية هذه الأشكال من الرضا منع حادث البدانة بالتحديد ومشكلات أخرى كثيرة .
- ينبغى أن تكون أوقات الطعام مصادر للتفاعل الأسرى الممتع ، وألا تكون مليئة بالتوتر والانتقادات ، بحيث لا يصبح الأكل هو أفضل الأحاسيس فى جو المشاعر السلبية السائدة بين الأفراد .(شيفر وميليمان : مرجع سابق : ٣٠٨)
- التيقن من سعادة الطفل فى المنزل والمدرسة والحياة الاجتماعية مع تجنب المواقف التى يشعر فيها بالألم والتعاسة.
- التقليل من الخلافات الزوجية أمام الطفل .
- يجب ان يشرف الطبيب على تغذية الطفل ومتابعته حتى يتيقن أن وزنه لا ينقص بسرعة وأنه فى حالة صحية جيدة.
- إتاحة الفرصة للأطفال لعقد صداقات وشغل أوقات فراغهم بدلاً من الجلوس الطويل أمام التليفزيون والكمبيوتر.

***

الفصل السابع عشر
اضطرابات التعلم

أولاً : تعريف اضطرابات التعلم

ثانياً: محكات التعرف على ذوى اضطرابات التعلم

ثالثا : السمات العامة لذوى اضطرابات التعلم

رابعاً: أسباب اضطرابات التعلم

خامساً: أنواع اضطرابات التعلم

١) اضطرابات القراءة

٢) اضطرابات القدرة الحسابية

٣) اضطرابات الكتابة التعبيرية

الفصل السابع عشر

اضطرابات التعلم Learning Disorders

موضوع اضطرابات التعلم من الموضوعات الهامة التى تشغل بال الأسر والمدرسين بل والدولة ككل وذلك للأسباب الآتية :

1) أن معدلات انتشار اضطرابات التعلم تفوق مشكلات الطفولة الأخرى حيث تشير معظم الإحصاءات إلى أنه في أي مدرسة يوجد ما بين ١٠-١٢٪ من التلاميذ يعانون من إحدى اضطرابات التعلم وهي أعلى نسبة قد يعانى منها الأطفال من المشكلات النفسية الأخرى.

2) أن اضطراب التعلم يؤدى إلى إما تسرب التلميذ من المدرسة أو انحرافه أو اكتئابه مما قد يؤثر على مستقبل عدد كبير من الأطفال ويقلل من قيمة استفادة المجتمع منهم بالإضافة إلى معاناة الوالدين الناتجة عن عدم نجاح الأبناء .

3) يصاحب اضطرابات التعلم بعض الأعراض النفسية مثل القلق والاكتئاب ، بينما النجاح الدراسي يمثل أحد مصادر الشعور بالقيمة لدى الأطفال ، حيث أشار كوبرسميث *(Coopersmith , 1991)* إلى أن النجاح الدراسي من أهم مقومات تقدير الذات لدى الأطفال ، كما أنه يؤدى إلى مزيد من النجاح في الجوانب الشخصية ومزيد من المهارات الاجتماعية، بينما الفشل الدراسي يؤدى إلى الشعور بنقص الثقة والدونية .

4) أن الطفل الذى يعاني من صعوبات في التعلم هو ذلك الطفل الذى لا يستطيع الإفادة من خبرات وأنشطة التعلم المتاحة داخل وخارج الفصل الدراسي ، ولا يستطيع أن يصل إلى مستوى التمكن الذى تؤهله إليه قدراته.

أولاً : تعريف اضطرابات التعلم :

يُقصد بها قصور في واحد أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التى تدخل في فهم أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة ، ويتجلى ذلك القصور في عدم القدرة على الاستماع أو التفكير ، أو الكلام ، أو القراءة ، أو الكتابة ، أو التهجئة أو أداء العمليات الحسابية. وهذا المصطلح يشمل حالات مثل الإعاقات الإدراكية ، أو الإصابات المخية ، أو الخلل الوظيفي المخي البسيط ، أو عسرَ القراءة ، أو الحبسة الكلامية النمائية . ولا يشمل

هذا المصطلح الأطفال الذين لديهم صعوبات تعلم ترجع أساسا إلى الإعاقة البصرية أو السمعية أو الحركية أو التخلف العقلي .

ثانيا : محكات التعرف على ذوى اضطرابات التعلم :

يجب عند تشخيصنا لصعوبات التعلم أو الاضطرابات النمائية الخاصة في المهارات الدراسية التحقق من أنها ليست راجعة إلى خلل عقلي عام أو تخلف عقلي، أو أي إعاقة أخرى حاسية أو انفعالية أو حركية ، أو لغياب فرص التعلم العادى المتاح لبقية الأطفال ممن هم في المستوى العمرى والعقلي للطفل ، والتأكد من أنها ليست نتيجة لأمراض المخ المكتسبة أو لأى شكل من أشكال الإصابة المخية. وأن هذه الاضطرابات النمائية أو الصعوبات ليست مكتسبة في مرحلة متأخرة من العملية التعليمية ، وإنما يكون الخلل نمائيا بمعنى أن يكون له تاريخ من البداية في حياة الطفل . ويؤكد الباحثون أن السبب الأساسى لصعوبات التعلم أو تلك الاضطربات النمائية في المهارات الدراسية هو الخلل الوظيفى في الجهاز العصبي المركزى واضطراب العمليات المعرفية لدى الطفل ذاته ويبدو أثر ذلك واضحا منذ سنوات الطفولة المبكرة ، ويُفترض أيضا وجود عوامل بيئية تتفاعل مع الخلل الوظيفى للجهاز المركزى لإحداث صعوبات التعلم .

وتوجد محكات كثيرة تستخدم في تشخيص صعوبات التعلم من أهمها ما يلي:

١) محك التباعد أو التناقض Discrepancy Criterion

ويشير هذا المحك إلى تلك الحالات التى يبدو فيها واضحاً أن مستوى إنجاز الطفل وتحصيله في واحد أو أكثر من المهارات التي سبق ذكرها لا يتناسب ومستوى عمره الزمنى والعقلى ، ويقل عن معدل أقرانه ممن هم في المستوى نفسه، وذلك على الرغم من تهيئة الفرص والخبرات التعليمية الملائمة له، وانتظامه في تلقيها دون غياب طويل عن المدرسة مثلاً.

٢) محك الاستبعاد Exclusion Criterion

ويُقصد به إقصاء جميع الحالات التى تعانى من صعوبات ناتجة عن إعاقات أخرى كالتخلف العقلى والإعاقات الحسية والاضطرابات الانفعالية ونقص فرص التعلم .

٣) محك التربية الخاصة Special Education

ويعنى احتياج ذوى صعوبات التعلم إلى أساليب وبرامج علاجية خاصة مناسبة لعلاج مشكلاتهم لكونهم لا يستفيدون من الطرق التعليمية العادية ،وغالبا ما تكون هذه الأساليب فردية تعتمد على خصائص حالة الطفل كفرد .

٤) محك صعوبة النضج Maturation Difficulty

ويشير إلى احتمال وجود تخلف في النمو أو خلل في عملية النضج كأحد العوامل المؤدية إلى صعوبة التعلم .

٥) العلامات الصعبة البسيطة Neurological soft Signs

ويؤكد هذا المحك على التلازم بين صعوبة التعلم وبعض نواحي العجز العصبية Neurological Impairment لدى الطفل من قبيل الإصابات المخية والخلل الوظيفى المخي البسيط والإعاقة الإدراكية. *(عبد المطلب القريطى : ١٩٩٧ : ٣٥٦)*

ثالثا : السمات العامة لذوى اضطرابات التعلم :

أ – السمات الجسمية :

لوحظ أن معدل النمو لدى الأطفال المتأخرين دراسيا ، هو أقل من النمو عند زملائهم المتفوقين رغم أن الفوارق الظاهرية ليست ملحوظة ، وهم أكثر شعورا بالاجهاد والتوتر والكسل . كما لوحظ إصابة معظمهم ببعض الأمراض قبل دخولهم إلى المدرسة . (كضعف السمع ، أو ضعف البصر ، أو الروماتيزم) وهذه كلها إشارات إلى ارتباط بين السمات الجسمية والتأخر الدراسي.

ب– السمات العقلية :

يتسم المتأخر دراسيا بضعف الذاكرة ، وضعف القدرة على التركيز ، لكنه في الغالب أكثر ميلاً للأمور العملية والأشغال اليدوية، فلا طاقة له على حل المشكلات العقلية أو المسائل التى تتطلب تفكيراً مجرداً ، وهو يتميز ببطء التعليم ، وبضعف القدرة على التحصيل . كما أن معظمهم يجد صعوبات فى تركيز الانتباه وتزداد لديهم الاندفاعية .

جـ– المشكلات اللغوية :

يمكن أن يكون لدى الفرد الذى لديه صعوبة فى التعليم مشكلات لغوية تُوصف بأنها مشكلات متعلقة " باللغة المدركة " واللغة التى يتم التعبير عنها ، وتنتج المشكلات الإدراكية بسبب عدم القدرة على إدراكِ اللغة التى يتم التحدث بها ، والتى قد ينتج عنها على سبيل المثال ، إعاقة فى اتباع التوجيهات ، وفهم المناقشات التى تتم داخل الفصل .

ويتمثل عدم القدرة التعبيرية أو المخرجات في عدم القدرة على التعبير عن الأفكار باستخدام اللغة الشفهية ، وقد توجد نتيجة لتلك الصعوبات الناتجة عن الأفكار المتعلقة بالمدخلات والمخرجات حيث نجد طلابا يفهمون محتوى أى حديث ولكنهم لا يستطيعون التحدث عن أفكارهم ، أو فئة أخرى من الطلاب القادرين على التعبير عما يقصدونه ، إلا أنهم لا يقدرون على كتابته . وقد يحدث هذا المظهر من مظاهر عدم القدرة على التعلم للطالب الذى لا يعطى اهتماماً للتحدث أو الذى يخجل من التحدث داخل الفصل .*(نصرة عبد المجيد ٢٠٠٤ : ٢١٥)*.

د- السمات الانفعالية :

المتأخرون دراسيا يميلون أحيانا إلى العدوان على السلطة المدرسية، ويتسمون بالبلادة والاكتئاب والقلق ويسترسلون أحيانا في أحلام اليقظة ويعانون من الاضطراب الإنفعالي وعدم ثبات الانفعالات لوقت طويل ، كما يعانون من الشعور بالذنب ، ومن المخاوف نتيجة لإحساسهم بالفشل واتجاهاتهم سلبية نحو رفاقهم ونحو ذويهم كذلك كما يشعرون بالغيرة والحقد والخجل .

و- السمات الاجتماعية :

هم لا يولون أهمية للعادات والتقاليد ، ولا يشعرون بالولاء للجماعة، ولا يتحملون المسئولية ، صداقاتهم متقلبة لا تدوم كثيرا ، رغم أنهم هم الذين يتخذون المبادرة في غالب الأحيان لإنشاء هذه العلاقات ، وهم أقل تكيفا مع المجتمع مع رفاقهم المتفوقين دراسيا ، وتعوزهم السمات القيادية ، ويسهل انقيادهم نحو الانحراف ، وتقلب المتأخرين دراسيا من الوجهة الانفعالية يزيد من فرص انحرافهم وهم أكثر قابلية لذلك من الأطفال الأسوياء دراسياً*(محمد شيمي ١٩٩٤ : ٢٠)* .

رابعا : أسباب اضطرابات التعلم :

لما كان مصطلح عدم القدرة على التعلم يشتمل على مجموعة كبيرة من الاضطرابات ، فإنه يبدو أن الظروف التي تحدث فيها هذه الصعوبات لا تقتصر على سبب واحد فقط ، وبصورة أكثر دقة ، فإن صعوبات التعلم تحدث نتيجة لاضطرابات معقدة ومتداخلة تتمثل في الصعوبات البيولوجية والعوامل البيئية .

١) الأسباب البيولوجية العضوية :

ترجع الحالات التقليدية لصعوبات التعلم إلى عدم التكيف العصبي والذى قد يرجع إلى ظروف غير عادية أثناء الحمل أو الولادة . ويشير إلى أن أى مرض تصاب به الأم

الحامل أو يحدث نتيجة لتعاطى الأدوية أو الكحول أو التدخين أثناء فترة الحمل يكون له تأثير على الجنين ، وكذلك فإن عدم نضج الجنين الناتج عن سوء التغذية أثناء فترة الحمل يعتبر سببا آخر من الأسباب المؤدية إلى الخلل العصبى . وعمل السيدة الحامل لفترات طويلة ، ونقص الأوكسجين للطفل ، وكذلك الولادة المبسترة أو الولادة قبل الميعاد ، تعتبر جميعها أسباباً للخلل العصبى.

٢) الأسباب الوراثية :

تشير الدراسات والبحوث إلى أن اضطرابات التعلم لها أساس وراثى ، فقد وجد أن ٥٠٪ من اضطرابات التعلم ترجع إلى أسباب وراثية . كما وجد أن ٣٥٪ – ٤٠٪ من عسر الكلام واضطراب القراءة يوجد بين أقارب الدرجة الأولى. وأن اضطرابات التعلم تنتشر بين التوائم بنسبة ٢٠– ٣٥٪ ، وكل ذلك يشير إلى أن الوراثة تلعب دوراً هاما فى اضطرابات التعلم .

٣) الأسباب البيوكيميائية :

حيث وجد أن نقص أو زيادة إفراز بعض الناقلات العصبية مثل السيروتونين والدوبامين والنورابيفرين يؤدى إلى اضطرابات التعلم حيث إن ذلك يسبب صعوبة فى عملية النقل العصبى ، كذلك فإن قصور إفراز الغدة الدرقية يسبب تلف دائم بالمخ وقد يؤدى إلى اضطرابات التعلم .

٥) الأسباب العقلية :

قد يرجع التأخر الدراسى إلى الضعف العقلى والغباء ونقص القدرات العقلية ونقص الانتباه وضعف الذاكرة والنسيان ،وكذلك إلى ضعف الذكاء العام للطفل وهذا العامل يعد من أقوى أسباب التأخر الدراسى ومن أكثرها ارتباطا بالتحصيل المدرسى وبالفروق الفردية بين التلاميذ .

٦) الأسباب الجسمية :

اضطراب النمو الجسمى وتأخره وضعف البنية والصحة العامة والأمراض الطفيلية والمزمنة واضطراب افرازات الغدد والتلف المخى وسوء التغذية والانيميا، كذلك تؤثر الحالة الصحية السيئة للأم أثناء الحمل واصابتها بأمراض خطيرة وظروف الولادة العسرة بصورة سلبية على الطفل ، ومما يؤثر أيضاً العاهات الجسمية مثل حالات ضعف البصر الجزئى وطول البصر وقصره وعمى الألوان وحالات الاضطرابات كعدم التوافق الحسى أو

الحركي. وحالات الاضطراب التي تصيب اللسان وأجهزة الكلام مما يسبب صعوبة النطق ويؤدي إلى الشعور بالنقص.

٧) الأسباب الانفعالية :

قد يرجع التأخر الدراسي إلى بعض العوامل أو المؤثرات الانفعالية ، فشعور التلميذ بالنقص وضعف الثقة بالنفس والاستغراق في أحلام اليقظة، واضطراب الحياة النفسية للتلميذ وصحته النفسية والجو النفسي المضطرب وسوء التوافق العام ، والمشكلات الانفعالية والإحباط وعدم الاتزان الإنفعالي والقلق والاضطراب العصبي.. وغيرها ، كل هذه العوامل تؤدي عادة إلى إيجاد صعوبة في تكيف التلميذ مع جو المدرسة ، وفي مواجهة المواقف التعليمية المختلفة مما يؤدي بالتالي إلى تأخره دراسياً.

٨) الأسباب المنزلية :

أ) مستوى الأسرة الاقتصادي ، فقد يكون الفقر من أقوى أسباب التخلف الدراسي، فسوء التغذية والمرض وتكليف التلميذ بالقيام ببعض الأعمال المنزلية لمساعدة الأسرة يؤثر بصورة سلبية على متابعته لدراسته ،

ب) المستوى الثقافي للأسرة، فالتلميذ الذي ينشأ في أسرة جاهلة ، ولا تقدر قيمة التعليم ، ولا تعنى بأدائه لواجباتها ، ولا تهيئ له جواً صالحاً يساعده على استذكار دروسه وغيرها ، كل هذه العوامل تكون سببا رئيسيا في تأخره الدراسي.

جـ) الجو المنزلي : ويقصد به ما يسود المنزل من علاقات تكون لها أثرها في حياة الأبناء كسوء التوافق الأسري والعلاقات الأسرية المضطربة وأسلوب التربية الخاطئ والقلق الزائد على التحصيل واستبداد الآباء والتفرقة في معاملة الأبناء يؤدي إلى بعث جو من القلق والاضطراب الذي يؤثر حتما في حياة التلميذ المدرسية بل ويؤدي إلى التأخر الدراسي .

٩) العوامل المدرسية :

- كثرة تنقل التلميذ من مدرسة إلى أخرى بسبب تنقل الوالد من بلدة إلى أخرى، مما يترتب عليه اضطراب التلميذ بين طرق تعليمية مختلفة ، وضياع لبعض أجزاء المنهج .
- كثرة تغيب التلميذ عن المدرسة وعدم انتظامه في الدراسة .
- هروب التلاميذ من المدرسة لقلة جاذبية العمل بها ولوجود مغريات أخرى خارج المدرسة كالملاهي.

- عدم تقدير التلميذ لقيمة العمل المدرسي خصوصا بعد سن المراهقة.
- كثرة تنقلات المدرسين وعدم استقرارهم .
- الإدارة الدكتاتورية والتنظيم السيء بالمدرسة وعدم إتاحة الفرصة للتلاميذ لكي يعبروا عن آرائهم .
- عدم مسايرة طرق التدريس والنشاط المدرسي ونظم الامتحانات والمنهج مع أهداف التربية الحديثة وميول التلاميذ واستعداداتهم.
- نقص أو انعدام الارشاد التربوى ، وضعف الدافعية لدى التلميذ ونقص المثابرة وعدم بذل الجهد الكافي في التحصيل ، والاعتماد الزائد على الغير كما في الدروس الخصوصية، والحرمان الثقافي العام وتأثيره السيء في التفكير والتحصيل. *(ميشيل دبابنة ونبيل محفوظ ١٩٨٤ : ٢٣٩)*

خامساً : أنواع اضطرابات التعلم :

ينبغي تمييز اضطرابات التعلم عن التغيرات العادية الطارئة على التحصيل الدراسي بالزيادة والنقصان ، وعدم وجود فرصة للتعلم أو لعوامل ثقافية خاصة ، أو يكون التعلم ذا طبيعة خاصة بمعنى تعلم لغة ثانية أو ثالثة لا يكون مكافئا للتحصيل باللغة الأولى المتداولة ، كما ينبغي أن يتميز عن التخلف العقلي والعمى والصمم واضطرابات التواصل ، وفي الغالب ما يتم تشخيص اضطرابات القدرة على الحساب والكتابة التعبيرية متلازما مع اضطراب القراءة *(DSMIV.p.49)*

ووفقا للدليل التشخيصي الرابع فإن هناك ثلاثة أنواع من اضطرابات التعلم، وهي :

١- اضطرابات القراءة Dyslexia

٢- اضطرابات القدرة الحسابية Dyscaiculia

٣- اضطرابات الكتابة التعبيرية Dysgraphic

١] اضطرابات القراءة Dyslexia

تكتسب القراءة أهمية بالغة في المرحلة الابتدائية خاصة في السنة الأولى لأنها العمود الفقرى للتعليم في هذه المرحلة ، وذلك لأن التلميذ المتخلف في القراءة غالبا ما يكون متخلفا في كل العلوم لأنه لا يجيد قراءتها ، كما أن التلميذ الذى يكون كفأً في القراءة يميل إلى أن يكون كفأً في مجالات كثيرة ، وينتشر اضطراب القراءة بنسبة ١٠-١٥٪ في بعض البلاد مما يمثل خطراً على مستقبل التعليم في هذه البلاد .

وعلى ذلك يمكن القول إن القراءة هى أساس التعليم فى المرحلة الابتدائية، وانها تؤثر فى تقدم الطفل فى جميع المواد الدراسية ، ولكن تأثيرها يختلف من مادة لأخرى ، فبعضها يتأثر بها تأثيرا ضعيفا كالموسيقى والرسم والتربية البدنية والاشغال اليدوية ، كما أن بعضها يرتبط بها ارتباطا وثيقا كالهجاء والتعبير والحساب والعلوم والمواد الاجتماعية ، ونتيجة لذلك كان النجاح فى المدرسة الابتدائية مرتبطاً ارتباطاً كبيراً بالكفاءة فى القراءة .

ويشير *مصطفى فهمى(١٩٦٥ : ٢٥٦)* إلى أن هناك أسباباً متعددة لاضطرابات القراءة ، منها :

- الضعف العقلى .
- أسباب انفعالية (عدم النضج ، الخجل ، الاعتمادية الزائدة ، عدم الثقة بالنفس).
- أسباب صحية وجسمية (ضعف البصر ، ضعف السمع ، صعوبات النطق ، الأمراض الجسمية).
- أسباب وراثية حيث وجد الدارسين أن الطفل الذى يعانى من صعوبات فى القراءة يتكرر فى عائلته أو أقاربه المعاناة من تلك الصعوبات ، كما أشارت الدراسات إلى نشأة المعاناة تزيد من اضطرابات القراءة بين التوائم المتماثلة.

أعراض اضطراب القراءة :

<u>تظهر أعراض اضطراب القراءة فيما يلى :</u>

- يواجهون صعوبة فى القراءة أو التهجية.
- يجدون صعوبة فى الفهم بسهولة أو بوضوح .
- يعتقدون بأن الناس ينظرون إليهم على أنهم كسالى ومهملون .
- يجدون مشكلة فى فهم المسائل الرياضية التى تتضمن رموزا مثل حساب التفاضل والتكامل.
- يجدون صعوبة فى التركيز.
- يجدون أنهم ينسون شيئا ما بعد قراءته بفترة قصيرة.
- لديهم عادة أحلام يقظة .
- يصبحون أحيانا مشوشين ومشتتين .

- يشعرون بعدم الاستقرار ويجدون صعوبة في الجلوس في مكان واحد لفترة طويلة .
- يجدون صعوبة في الاحتفاظ بالاتصال عيناً بعين مع الآخرين.
- يجدون أحيانا أن الحروف تختلف مع الأرقام .
- يصطدمون أحيانا مع الآخرين عندما يكونون بالخارج.
- يعانون من الصداع عند القراءة.*(نصرة خليل مرجع سابق : ٣٣٧)*

المحكات التشخيصية وفقا للدليل الاحصائي والتشخيصي الرابع :

أ) انخفاض مستوى القراءة عن المستوى المتوقع أو المعتاد لدى العاديين وعن مستوى التحصيل ومستوى الذكاء.

ب) يتعارض الاضطراب السابق (أ) مع التحصيل الأكاديمي والأنشطة اليومية التي تحتاج مهارات القراءة.

ج) إذا كان هناك قصور حسي كالعمي والسمع فإن الاضطراب يتزايد ويكون مصاحبا لهذا القصور .

علاج اضطراب القراءة :

يعاني الطفل الذي يوجد لديه اضطراب في القراءة من بعض الأعراض النفسية (الشعور بالنقص ، القلق ، الإحباط ، الاكتئاب ، انخفاض تقدير الذات) مما قد يستلزم التدخل العلاجي والإرشادي ، ويمكن استخدام بعض هذه الطرق كما يلي:

١- تكرار القراءة :

بمعنى أن نساعد الطفل على تكرار ما يقرأ حتى يمكن تثبيت المعلومات والكلمات وإعطائه ثقة في نفسه ويجب أن نبدأ بالسهل فالمتوسط فالصعب مثل البدء بالكلمات ذات الحرفين ثم الثلاثة .. وهكذا .

٢- التعلم متعدد الحواس :

إن القراءة والكتابة أنشطة متعددة الحواس Multisensory Activities حيث يطلب من المتعلم النظر إلى الكلمات المطبوعة، ونطق الأصوات ، ثم استخدام المهارات اللغوية لتوصيل المعاني . ويحتاج الطفل إلى القدرة على تكوين ارتباطات آلية ودائمة بين الطباعة الموجودة أمام عينيه ، والأصوات التي تصنعها الكلمات ، وربط ذلك بالمعنى . فالقارئ ينتبه للرسائل التي يستقبلها من خلال عينيه وأذنيه، وأيضاً من خلال التعزيز الذي يحصل عليه من أجزاء الجسم التي تنطق الكلمات والتمييز الدقيق بين الأصوات الجهرية

وغير الجهرية التى يتم الشعور بها فى الأعصاب والعضلات الموجودة فى الشفتين واللسان ، والأسنان والحنجرة. وتضيف الكتابة استخدام الذراع واليد ، فمن أجل التعرف على ، وتذكر ، وكتابة كلمة واحدة يتم استخدام الجسم كله ، العينين ، الأذنين ، اللمس والحركة ، الإشارات العصبية بين الأجزاء المختلفة للمخ والتى تتحكم فى هذه الوظائف . ومعظم الأطفال يتعلمون اللغة التحريرية بنفس طريقة تعلمهم اللغة المنطوقة .

(نصرة خليل مرجع سابق : ٢٧٢)

٣) التعزيز :

يمكن استخدام المعززات التى يحبها الطفل سواء فى المنزل أو فى الفصل لزيادة التقدم وتثبيت النجاح .

٤) استخدام أجهزة الكمبيوتر:

حيث توجد برامج بسيطة تسمح للطفل بالكتابة والتهجي ، وهناك إشارات صوتية وضوئية لتشجيع الطفل على الكتابة السليمة .

٥) استخدام بعض الوسائل التعليمية (مجلة الحائط مثلا)

بالإضافة إلى الشعر والقصة لتحسين مستوى الطفل فى القراءة .

٢] اضطرابات القدرة الحسابية Dyscaiculia

يشكل الاضطراب الارتقائى فى المهارات الحسابية المظهر التشخيصى الرئيسى لهذا الاضطراب ، ولا يمكن اعتباره ناتجا عن التخلف العقلى أو نقص المهارات التربوية أو عدم وجود فرصة للتعليم ، ويتم التشخيص عندما تظهر الأعراض على الطفل بانخفاض أدائه الحسابى انخفاضا دالاً عن المعايير العمرية المتوقعة فى اختبارات الحساب ، وأكثر هذه الاضطرابات شيوعا لدى الأطفال هى صعوبات التعرف على الرموز العددية أو الحسابية ، والصعوبة فى تنظيم سلاسل الاعداد خلال العمليات الحسابية ، وافتقاد خانات الأرقام والخلط بين الأرقام الفردية والعشرية والمئوية وصعوبة تجميع الأشياء فى أنساق ، وعدم القدرة على استخدام الرموز الرياضية مع مشكلات فى عمليات الضرب والقسمة.

(لويس مليكة ، ١٩٩٨ ، ص ٣٣)

معايير تشخيص اضطراب القدرة الحسابية :

أ) انخفاض مستوى القدرة الحسابية على المقاييس المقننة أو عن معدلات التحصيل المتوقعة من أقران الطفل ومستواه العقلى والمنهج الرياضى المدرسى المناسب .

ب) يتعارض الاضطراب السابق (أ) مع التحصيل الأكاديمي والأنشطة اليومية المعتادة والتي تتطلب قدرات حسابية.

جـ) إذا كان هناك قصور حسي سمعي أو بصري يتزايد اضطراب القدرة الحسابية حيث تكون مصاحبة للقصور الحسي.

أسباب اضطراب القدرة الحسابية :

(١) الظروف البيئية المحيطة بالطفل في البيت والمدرسة :

أ - قلة تجارب ما قبل المدرسة :

إن التلاميذ الذين تكون حياتهم خارج المدرسة محدودة ، والذين لم تتح لهم الفرص لممارسة العد والمقارنة بين الأشياء ، والقيام بعمليات القياس والوزن والقسمة في مجال الحياة الحقيقية ، من الضروري أن تتيح لهم المدرسة التعويض الكافي عن هذا النقص . فالأطفال الذين يأتون من بيوت فقيرة كثيرا ما يظهرون قصوراً في الحساب ، وذلك يُعزى إلى حرمانهم من اللعب بقوالب البناء وألعاب المهارة والعد، ولذلك يجب أن تعوض المدارس الابتدائية هذا النقص بتشجيع اللعب الحر بمختلف المواد العددية والهندسية.

ب- التبكير في استعمال الأرقام مع التلاميذ :

هناك أطفال في سن الخامسة لم ينضجوا بما فيه الكفاية حتى يتلقوا تعليما سوى أسماء الأرقام ، فإذا ما وضعوا في بيئة توفر لهم النشاط التجريبي بالأدوات والأشياء المحسوسة فسيقل فشلهم وارتباكهم في المراحل التالية لتعلم الحساب.

(مصطفى فهمي ١٩٦٥ : ٢٧٠)

جـ- مؤثرات بيئية أخرى :

توجد مؤثرات بيئية أخرى مثل قلة النوم ، وسوء التغذية ، حيث إن الحساب يتطلب الانتباه الشديد والمداومة على حل التمرينات الحسابية ، وهذا لا يتوفر للطفل المجهد أو السيئ التغذية.

د - الغياب من المدرسة :

حيث إن الغياب عن المدرسة من أهم أسباب التخلف في الحساب سواء أكان هذا الغياب انقطاعا عن الحضور فترة طويلة ، أو تخلفا عن الذهاب للمدرسة في فترات متقطعة ، ذلك أن التدريب والتمرين المنتظمين وضرب الأمثلة وتقديم المسائل المحلولة كنماذج متدرجة المستوى من حيث السهولة والصعوبة لازمين جدا وضرورين للتلميذ حتى

يتقن الخطوات التى مر بها سابقا وتلقائيا حتى يقوى نفسه ، ويجمع فى ذهنه الخطوات الجديدة فتكون جميعها راسخة فى عقله.

و- عدم كفاءة المعلم أو قسوته :

حيث إن عدم كفاءة المعلم التدريسية وعدم قدرته على ربط الأرقام بالواقع والحياة ، وكذلك قسوته مع التلاميذ يجعلهم ينفرون من الحساب وتكون اتجاهاتهم سلبية نحوه .

(٢) الأسباب العقلية للتخلف فيالحساب :

أ – نقص الذكاء العام : حيث إن الذكاء العام يظهر فى مجالين ، هما :

- إدراك صحة العلاقات بين الأرقام .
- استنتاج المتعلقات الخاصة بها .

ب- ضعف الذاكرة فى الأرقام .

جـ- عدم القدرة على التركيز (لأسباب فسيولوجية أو نفسية أو عقلية)

(٣) الأسباب الانفعالية :

هناك أسباب انفعالية تؤدى إلى ضعف التلميذ فى الحساب ، ومنها :

- فقد الثقة بالنفس .
- الخوف .
- القلق .
- الإغراق فى الخيال.
- الغش .
- عدم التركيز.
- سوء التصرف

علاج اضطراب القدرة الحسابية :

يمكن علاج القدرة الحسابية من خلال :

أ – إتاحة الفرص المختلفة لهم للعمل بمواد محسوسة : ليبنوا مفاهيمهم عن العدد، وفى هذه المرحلة يكونون بأنفسهم قوائمهم الخاصة بحقائق العد الأساسية فى الجمع والطرح ، وجداولهم فى الضرب والقسمة عن طريق استعمال أدوات العد .

ب- استخدام كتب فيها تمثيل تصويرى لأشياء محسوسة.

جـ- تدريب تحريرى موزع على العمليات العددية الأساسية ، وألعاب فردية وجماعية بالبطاقات وغيرها .

د- تدريب تحريرى موزع على العمليات التى يتكون أحد عدديها أو كليهما من رقمين وهى امتداد للعمليات العددية الأساسية ، وحين يتقدم الطفل يمكن إعطاؤه العمليات

الأكثر تعقيداً بالإضافة إلى كثرة تدريب الطالب على العمليات الحسابية وتشجيعه وإعطائه الثقة بنفسه .

٣] اضطرابات الكتابة التعبيرية Dysgraphic

عملية الكتابة ظاهرة متعددة الأبعاد ، وهناك خمسة أنواع من اضطرابات الكتابة :

١) عسر الكتابة .

٢) اضطراب سوء الكتابة.

٣) اضطراب الكتابة مع الخلل في الرؤية وهذا يتضمن نقصا في القراءة والكتابة مع غياب سوء الكتابة.

٤) الأخطاء الكتابية.

٥) اضطراب الكتابة المكانية وهذه تتضمن مشاكل الكتابة على خط افقي واستخدام ضعيف للمسافات.

ومن المظاهر التشخيصية لاضطراب الكتابة التعبيرية هو كثرة أخطاء الكتابة في القواعد النحوية وعلامات الترقيم وقصور في تنظيم الجملة وصياغة الفقرات ، وكثرة الأخطاء الإملائية ، وتبين البحوث والدراسات الحالية إلى أن معظم الأطفال ان لم يكن جميعهم ذوى اضطرابات تعلم ولديهم صعوبات مع بعض جوانب الكتابة مثل خط اليد والتهجي والشكل المكتوب ، والمفردات اللغوية، أو استمرار الكتابة.

المحكات التشخيصية لاضطراب الكتابة التعبيرية :

أ - انخفاض مستوى الكتابة التعبيرية المقاسة بواسطة اختبارات فردية أو بواسطة تقييم وظيفي لمهارات الكتابة عن المستوى المتوقع أو المعتاد بالنسبة لسن الطفل ومستوى ذكاءه وتحصيله الدراسي.

ب- يتعارض الاضطراب في المحك (أ) مع كل من التحصيل الدراسي والأنشطة اليومية المعتادة التي تتطلب كتابة نصوص أو جمل صحيحة فيما يتعلق بالقواعد وفي فقرات منتظمة .

جـ- في حالة وجود قصور حسي في البصر أو السمع يتزايد الاضطراب نظراً للإعاقة الحسية المصاحبة له.

ولعلاج اضطرابات الكتابة يمكن استخدام نفس الفنيات والأساليب المستخدمة في علاج اضطراب القراءة مع العلم أن هناك علاقة وثيقة من اضطراب القراءة واضطراب الكتابة.

الفصل الثامن عشر

اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

أولاً : التعريف

ثانياً: أهمية عملية الانتباه فى التربية

ثالثا : أعراض الاضطراب

رابعاً: خصائص الأطفال الذين يعانون من الاضطراب

خامساً: العوامل المؤدية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

سادساً : دور الأسرة والمعلم فى التعامل مع الأطفال المصابين بنقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

الفصل الثامن عشر

اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يمثل في جوهره مشكلة نمائية عامة تؤثر بالسلب على الطفل والأسرة والمدرسة والمجتمع ككل نظراً لما تتسم به تلك المشكلة من أوجه قصور عديدة . واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) هو المصطلح الحالي الذي تستخدمه الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (APA) لوصف الأطفال والمراهقين والراشدين الذين يظهرون أنماطا سلوكية تتمثل في نقص الانتباه Inattention ، والاندفاعية Impulsivity ، وفرط النشاط Hyperactivity ، وغالبا ما يبدأ ظهور أعراض هذا الاضطراب في مراحل باكرة من حياة الطفل حيث لا يسير في مراحل تطور نموه وتطور قدراته بنفس السرعة التي ينمو بها الطفل السليم.

وتبدو أهمية دراسة هذا الاضطراب لما يلي :

1) أن هذا الاضطراب يستنزف الكثير من إمكانات الأهل العقلية والمادية ومن إمكانات المعلمين والمدارس .
2) يمثل انتشار هذا الاضطراب نسبة تستحق الاهتمام من الدارسين والباحثين حيث أن شيوعه في مصر (٣ – ٥٪) وفي الولايات المتحدة (٣–٨٪ ، وفي إنجلترا (١٠٪) وفي إيطاليا (١٢٪) وفي أسبانيا (١٦٪) (*فيصل الزراد ٢٠٠٢ : ١٦ ، محمد النوبي ٢٠٠٤*) .
3) هناك خلط واضح بين هذا الاضطراب وبين حالات فرط الحركة الطبيعي عند الأطفال ،وكذا بين حالات مرضية تترافق وفرط الحركة كما في القلق والأمراض العضوية ، من هنا كان التمييز ضروريا جدا لأن الفرق كبير من حيث التشخيص والعلاج، كما أن عدم فهم طبيعة المشكلة قد يعرض طفلاً بريئا لعقاب بدني أو معنوي قاس دون مبرر ، أو قد يعرضه لأدوية ذات تأثيرات غير مرغوب بها ، أو على العكس يمنع طفلاً مصابا من العلاج على أساس أن هذا سلوك عادي من الأطفال مما يعقد المشكلة كثيرا .
4) نتيجة لعدم الخبرة أو الجهل يلجأ بعض أولياء الأمور إلى المشعوذين والدجالين لعلاج الأطفال الذين يعانون من نقص الانتباه المصحوب بالنشاط

الزائد مما يؤدى إلى استنزاف الأموال واستمرار الاضطراب لدى الأطفال وتدهور حالتهم .

٥) يقوم الأطفال المصابون ببعض السلوكيات التى تؤذى الآخرين أو تعرضهم أنفسهم للمخاطر دون أن يضعوا فى اعتبارهم العواقب الوخيمة المترتبة على مثل هذه السلوكيات كالقفز من أماكن مرتفعة ، أو الجرى فى شارع مزدحم بالسيارات دون النظر إلى الطريق ويتحركون بنشاط حركىمفرط وبعشوائية فى المكان الذى يوجدون فيه.

٦) إذا تلقى الطفل المصاب باضطراب النشاط الزائد الرعاية الملائمة من الأسرة والمدرسة وتلقى العلاج النفسى والدوائى المناسب فمن الممكن أن تقل الأعراض ويزداد التوافق لديه وفى هذا الإطار يشير سيدنى ولكر (ترجمة على شعيب والسيد فرحات ٢٠٠٣ : ٣٥) أن هناك بعض العظماء والمخترعين كانوا يعانون من نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وكانت لهم إسهامات رائعة فى تاريخ البشرية مثل توماس أديسون الذى ولد ١٨٤٧ وأشارت معلمته ان حالته ميئوس منها تعليمياً وأتم تعليمه فى المنزل عن طريق أمه ولا زلنا نستفيد من اختراعاته حتى اليوم.

أولاً : التعريف :

يمكن تعريف اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على انه اضطراب سلوكى مزمن يتسم بوجود ثلاثة أعراض أساسية هى الاندفاعية وضعف الانتباه والحركة المفرطة غير الهادفة وغير المقبولة اجتماعيا تصاحبه مجموعة من الأعراض الثانوية منها ضعف التحصيل الدراسى وسوء العلاقة مع الآخرين وعدم الطاعة والعدوان وإحداث الفوضى وضعف القدرة على تحمل الاحباط ، وعدم الاتزان الإنفعالى وانخفاض تقدير الذات *(ضياء محمد منير ١٩٨٧ : ١٣)*

ثانياً : أهمية عملية الانتباه فى التربية :

يُعد الانتباه العملية الأولى فى اكتساب الخبرات التربوية حيث يساعد على تركيز حواس الطالب فيما يقدم له أثناء الدرس من معلومات ويجعله يعمل ذهنه فى دلالتها ومعانيها والروابط المنطقية والواقعية بينها وبالتالى يساعد فى استيعابها والإلمام بها ، ومن ثم، فهو المدخل الرئيسى للاستفادة من شرح المعلم وما تقدمه الوسيلة التعليمية المصاحبة فضلاً

عن التعليمات التى تقدم للطلاب داخل قائمة الدرس وخارجه بالإضافة إلى دور الانتباه الهام فى أداء المهام المدرسية والامتحانات بكافة أشكالها .

ثالثا : أعراض الاضطراب :

من الممكن التعرف على الطفل الذى يعانى من الاضطراب فى مرحلة المدرسة ولكن قبل الالتحاق بالمدرسة فإنه من الصعب التعرف على الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب للأسباب التالية :

١) أن الطفل فى عمر ما قبل المدرسة يكون نشيطا جداً بالفطرة ، كما أنه يقضى معظم وقته فى اللهو واللعب الذى لا يتطلب منه تركيز انتباهه لمدة زمنية طويلة .

٢) أن التليفزيون يقدم برامج مشوقة وسريعة تجذب انتباه الأطفال بما فيهم الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ، والجدير بالذكر أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يجلسون أمام التليفزيون لمدة طويلة يشاهدون البرامج المحببة إليهم دون كلل او ملل .

٣) أن معظم أباء هؤلاء الأطفال ليس لديهم معلومات سابقة أو خبرة كافية عن الاضطراب كما أنهم يكونون قد تعودوا على سلوك طفلهم ويرون أنه طبيعى وخاصة إذا كان هذا الطفل هو الوحيد فى الأسرة ،ومثل هؤلاء الآباء لا يستطيعون التعرف على سلوك طفلهم إلا فى المناسبات المختلفة التى تجمع طفلهم بأطفال آخرين فى مثل عمره الزمنى كالأعياد والأفراح وغيرها .

أما أعراض الاضطراب لدى الأطفال فى مرحلة المدرسة فهى كثيرة ومتعددة وهذه السلوكيات مشتقة من معايير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية وهى :

(أ) أعراض نقص الانتباه Inattention Symptoms وهى

١) الفشل فى تحقيق الانتباه التام للتفاصيل مما يؤدى إلى أخطاء غير مقصودة داخل الأسرة أو فى المدرسة أو فى العمل ، أو فى الأنشطة والمجالات الأخرى .

٢) صعوبة الاستمرار فى عملية الانتباه أثناء أداء بعض المهام ، أو أثناء أنشطة اللعب أو اللهو .

٣) يظهر على الطفل كما لو أنه لا يصغى أو لا يستمع عند الحديث إليه مباشرة.

٤) غالبا ما نجده لا يتبع التعليمات الموجهة إليه ، ويفشل في إنهاء الأعمال المدرسية أو الأعمال الأخرى .

٥) من الصعب تنظيم أو ترتيب عناصر المهام أو الأنشطة التي توكل إليه.

٦) يتجنب او يكره المساهمة بأعمال تتطلب جهدا عقليا مثل الأعمال المنزلية أو المدرسية .

٧) غالباً ما ينسى الأشياء الضرورية لإنهاء المهام الموكلة إليه مثل أدوات الدراسة وغيرها .

٨) سرعان ما يتشتت انتباهه بسرعة بفعل المثيرات ويتعرض إلى حالة حيرة وذهول.

٩) غالبا ما ينسي برنامجه اليومي أو أنشطته اليومية.

١٠) يفشل في متابعة التعليمات التي توجه إليه .

١١) يتعرض للحوادث بسبب ضعف الانتباه .

(ب) فرط النشاط Hyperactivity Symptoms

١) يحرك قدميه ويديه كثيرا ويتلوى في مقعده .

٢) يترك مقعده في الفصل أثناء شرح المعلم ويتجول في الفصل .

٣) يتحرك ويجرى بإفراط في أوقات غير مناسبة .

٤) يجد صعوبة في اللعب أو الانغماس في الأنشطة الترفيهية بهدوء.

٥) متعجل باستمرار ويتحرك كما لو كان يدفعه موتور.

٦) ثرثار أي يتحدث باستمرار دون كلل أو ملل .

٧) عدم الاستقرار أثناء الجلوس.

٨) يسبب صخباً داخل الفصل .

٩) يزعج الآخرين في الفصل .

١٠) غير متعاون مع معلميه ومشرفيه .

١١) يخالف التعليمات والأنظمة .

١٢) يسلك بشكل مختلف عن أقرانه في مثل سنه.

١٣) يصعب التنبؤ بسلوكه.

(ج) الاندفاعية :

- يندفع في الإجابة قبل اكتمال سماع الأسئلة .

- يجد صعوبة فى انتظار دوره فى أمر ما .
- يقاطع الآخرين أثناء الحديث ويتطفل عليهم.
- يندفع فى المحادثات والألعاب بتهور.
- لا يستطيع السيطرة على أفعاله.
- حساس تجاه النقد .

وعادة ما تكون القدرات الذهنية لهؤلاء الأطفال طبيعية أو أقرب للطبيعة ، وتكون المشكلة الأساسية لدى هؤلاء الأطفال هى أن فرط النشاط أو ضعف الانتباه لا يساعدهم على الاستفادة من المعلومات أو المثيرات من حولهم فتكون استفادتهم من التعليم ضعيفه لأنهم يحتاجون للتحكم في سلوكيات فرط الحركة وضعف التركيز وذلك لأنه من الأعراض العامة للاضطراب ، والمتمثلة فى الآتى :

١) عدم إتمام الأنشطة ، والانتقال من نشاط إلى آخر دون إتمام الأول ، ونظراً لفشله السريع فى عمل أو إنجاز شىء فإنه يتركه ولا يحاول إكماله أو التفكير فى إنهائه.

٢) لا يستطيع أن يحدد هدفا لحركته أو متابعة المعلم أثناء الشرح ففى طريقه لعمل شىء ما يجذبه شىء آخر.

٣) تكرار النسيان وخاصة الأشياء الشخصية.

٤) عدم الترتيب والفوضى .

٥) الحركة الزائدة المثيرة للانتباه ،وعدم الثبات فى مكان لفترة طويلة .

٦) عدم الالتزام بالتعليمات اللفظية ، والفشل فى تنفيذها مع عدم التأثر بالعقاب والتهديد.

٧) يشكل اتباع النظام المدرسى ، والانضباط داخل الفصل الدراسى ، وحل الواجبات عبئا على هؤلاء الأطفال ليس لأنهم لا يفهمون المطلوب بل لأنهم لا يستطيعون التركيز والانتباه والثبات فى مكان لفترة مناسبة.

(مجدى الدسوقى٢٠٠٦ :٤٥)

رابعا : خصائص الأطفال الذين يعانون من الاضطراب :

يعانى الأطفال ذوو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من عدة مشكلات سلوكية وانفعالية ومعرفية واجتماعية وتعانى معهم أسرهم ومعلموهم ، ومن أهم هذه الخصائص :

١) الخصائص المعرفية :

صعوبات القراءة والكتابة والتهجئة واضطراب الذاكرة واضطراب القدرة على الترميز وتكوين المفاهيم ونقص القدرة على التفكير المجرد وصعوبة إجراء العمليات الحسابية .

٢) الخصائص السلوكية :

مجادلة الكبار وعدم الاستماع لتوجيهاتهم ، مخالفة القوانين والقواعد والقيام بأعمال مرفوضة من البالغين ، الشجار مع الآخرين (دون الأصدقاء والمقربين) ، إيذاء الحيوانات ، استخدام الأسلحة والأدوات لإيذاء الآخرين ، السرقة ، الغياب من المدرسة ، الهروب من المنزل ، إهمال النظافة والمظهر الخارجي ، التهور والاندفاعية.

٣) الخصائص الانفعالية :

ارتفاع مستوى القلق ، انخفاض مستوى الدافعية ، الانطواء ، السلبية ، الشعور بعدم الأمن وعدم الثقة ، عدم القدرة على التعبير عن المشاعر ، عدم الثبات الإنفعالى ، الانفجار فى ثورات الغضب والبكاء ،عدم القدرة على التحكم الإنفعالى وتؤدى هذه السلوكيات إلى نبذ الطفل ورفضه مما يزيد من هذه المسالك لديه.

٤) الخصائص الاجتماعية :

يعانى الأطفال من عدم النضج الاجتماعى وعدم القدرة على الالتزام بالتقاليد الاجتماعية ،ومقاطعة الآخرين ، والعدوان عليهم وعدم وضع اعتبار لمشاعر الآخرين ،وعدم القدرة على التفاعل الاجتماعى معهم ، بالإضافة إلى السلوكيات الاجتماعية غير المرغوبة مثل (الغش ، السرقة .. الخ) . وهذه الخصائص تجعل اتجاهات الآخرين خاصة الأقران سلبية مما يؤدى إلى رفضهم وعدم التعامل معهم .

خامساً : العوامل المؤدية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

١) العوامل الوراثية :

تؤدى العوامل الوراثية التى يُطلق عليها الاستعداد الجيّنى دوراً هاما فى إصابة الأطفال بهذا الاضطراب وذلك بطريقة مباشرة عبر نقل الجينات أو بطريقة غير مباشرة من خلال نقل هذه المورثات لعيوب تكوينية تؤدى لتلف أنسجة المخ ، ومن ثم يؤدى ذلك لضعف النمو كمرجع لاضطراب المراكز العصبية الخاصة بالانتباه فى المخ ، ومن ثم نجد أن حوالى ٥٠٪ من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه يوجد فى أسرهم من يعانى من هذا الاضطراب أيضاً وأن نسبته ١٠٪ من آباء الأطفال ذوى النشاط الحركى الزائد كانوا أيضاً

لديهم نفس الأعراض مما أدى إلى الاعتقاد بوجود انتقال جيني وراثي لزيادة النشاط الحركي ، وقد أظهرت الدراسات الحديثة أن ٥٠٪ تقريبا من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد يوجد في أسرهم من يعاني من هذا الاضطراب، كما نجد أن معدل انتشاره يزيد لدى التوائم وخاصة المتشابهة عنه لدى التوائم غير المتشابهة .

٢) التفسير العصبي :

يوجد اعتقاد بأن اضطراب نقص الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد ينتج عن إصابة مخية طفيفة ؛ حيث يظهر الأطفال المصابون بالاضطراب علامات عصبية توحي بوجود إصابة مخية ، فنقص نضج المخ يؤدي إلى انخفاض في النشاط المخي خصوصا في الفص الأمامي للمخ (باركلي Barkley ، ٢٠٠١) ، وقد يكون من المسببات البيولوجية حدوث تلف بالمخ نتيجة لتعرض دم الأم لمواد ضارة أثناء الحمل مثل التدخين أو تعاطي بعض الأدوية وخاصة المضادات الحيوية، أو الولادة قبل الأوان والولادة العسرة التي ينتج عنها تلف بعض خلايا المخ نتيجة نقص الأكسجين ، ومما يؤكد ذلك أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعانون من انخفاض نظام المنع او الكف السلوكي للمخ Brains Behavioral Inhibition system .

٣) العوامل البيئية :

يبدأ أثر العوامل البيئية منذ لحظة الإخصاب حيث يتضح ذلك فيما يلي:

١) **مرحلة الحمل :** إذ قد تتعرض الأم في أثناء الحمل لبعض الأشياء التي تؤثر على الجنين كالتعرض لقدر كبير من الأشعة أو تناول المخدرات أو الكحوليات أو بعض العقاقير الطبية خاصة في الأشهر الثلاثة الأولى للحمل إن إصابة الأم ببعض الأمراض المعنية كالحصبة الألمانية أو السعال الديكي أو الزهري ، ولذا يؤدي ذلك لإصابة الجنين بتلف في المخ ومن ثم تلف المراكز العصبية المسئولة عن العمليات الانتباهية.

٢) **مرحلة الولادة :** إذ إن هناك بعض العوامل التي تحدث أثناء عملية الولادة من شأنها أن تسبب إصابة مخ الجنين أو حدوث تلف في خلاياه، وأهم تلك العوامل :

- ضغط الجفت ، وذلك على رأس الجنين أثناء عملية الولادة المتعسرة.

- التفاف الحبل السرى ، أثناء عملية الولادة وعدم وصول الأكسجين لمخ الجنين.
- اصابة مخ الجنين او جمجته ، وذلك أثناء عملية الولادة .
- الأمراض المعدية ، إذ أن تعرض الطفل لأية عدوى ميكروبية أو فيروسية ، كالحمى الشوكية أو الالتهاب السحائي أو الحصبة الألمانية أو الحمى القرمزية يؤدي إلى إصابة المراكز العصبية في المخ والمسئولة عن الانتباه خاصة الفص الجبهى وكذلك الفصوص الخلفية للمخ.
- الحوادث ، إذ إن إصابة مخ الجنين بعد الولادة وفى سنوات الطفولة المبكرة بارتجاج في المخ نتيجة حادث أو ارتطام الرأس بأشياء جبلية أو وقوع الطفل على رأسه من مكان مرتفع تؤدى لإصابة بعض المراكز العصبية فى المخ وخاصة تلك المسئول عن الانتباه والتركيز.
- التسمم بالتوكسينات ، إذ أن التوكسينات تؤدى لخلل الأداء الوظيفي للمخ وتؤدى في نهاية الأمر إلى اضطراب الانتباه، ومن أمثلة ذلك : التسمم بمادة الرصاص ، وهى تلك التى تدخل فى طلاء لعب الأطفال الخشبية وطلاء أقلام الرصاص وغيرها .

نظام التغذية :

إذا إن تناول الطفل لكميات كبيرة من الأطعمة الجاهزة أو الخضروات والفاكهة الملوثة بالمبيدات الحشرية ، وكذلك الصبغات والمواد الحافظة المضافة للمواد الغذائية المجهزة ،وتناول الطفل لكميات كبيرة من الحلوى والمواد السكرية والإضافات الغذائية الصناعية كمحسنات الطعم الصناعية والشكولاته من شانه أن يؤدى لزيادة النشاط ، نقص الانتباه لدى الأطفال *(حسن مصطفى ٢٠٠١: ٢٤٤)*.

٤) العوامل النفسية :

وتتمثل فى أساليب المعاملة الوالدية غير السوية مثل (الرفض ، الحماية الزائدة ، العقاب البدني ، الحرمان العاطفى) . وكذلك عدم الاستقرار الأسرى (الطلاق، الانفصال). وتدهور دخل الأسرة وعدم التوافق الزواجى ، وتغير السكن أو الإقامة ، وكذلك وفاة أو سفر أو إدمان الوالدين أو أحدهما يترتب عليه ميول الطفل لإثارة المشاكل وعدم التركيز.

وكذلك الخبرات المدرسية غير السارة وعدم تهيئة الطفل لدخول المدرسة. فالبيئة الأسرية غير الملائمة والتي ينعدم فيها الشعور بالأمن تؤدى إلى شعور الطفل بالاحباط والعدوان والمقاومة والعناد ، ويصبح مصدراً للشغب داخل الأسرة والمدرسة ويصبح من العسير إخضاعه للقواعد والقوانين. (محمود حمودة ١٩٩١ : ٥٩-٢٠)

ويشير *باركلي Barkley , 1985* إلى أن آباء الأطفال ذوى النشاط الزائد يتسمون باستخدام الأوامر الكثيرة وقواعد السلوك والضوابط والتشدد مع الأطفال الصغار وكذلك استخدام العقاب على كل خطأ ولو كان بسيطاً.

ويشير *الان روس Ross, 1900 : 235* إلى أن أعراض النشاط الزائد تظهر لدى الأطفال عند دخولهم الروضة أو المرحلة الابتدائية ، حيث تفرض القيود عليهم فلا بد أن يجلسوا في مقاعدهم دون حركة ، ولا بد أن يطيعوا الأوامر دون جدال فضلاً عن أنه يجب أن ينصب اهتمامهم ويتركز انتباههم على المعلم فقط ، وذلك لأن المجتمع يعطى قيمة كبيرة للاطفال القادرين على التركيز وإنجاز ما يوكل إليهم من مهام ويحفظون دروسهم بصورة جيدة كي يحصلوا على أعلى الدرجات كما ان الآباء غالبا ما يفضلون الأطفال الذين يتسمون بالهدوء والطاعة والتفوق الدراسي.

سابعا : دور الأسرة والمعلم في التعامل مع الأطفال المصابين بنقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

(أ) الأسرة :

يسبب الطفل المصاب بنقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إزعاجا شديدا لكل أفراد الأسرة فهو يجلس بصعوبة ، ولا يتم أى مهمة يقوم بها ومن السهل إثارته ، ويتعمد إغاظة أفراد الأسرة ، ويتسم بالتقلب المزاجي ، ويقوم بتكسير الأشياء داخل المنزل ، وتشير إحدى الأمهات أن سلوكيات طفلها الغريبة والمفاجئة والمؤلمة تجعلها ترغب في إلقائه على الأرض أو التخلص منه ، كما أن بعض الآباء يشعرون بالراحة عندما يذهب الابن إلى المدرسة بل أن بعض الآباء يعجلون بالذهاب إلى العمل ولا يعودون إلا في أوقات متأخرة لتجنب التفاعل مع الطفل ذى النشاط الزائد ولا يقتصر الأمر على المنزل فقط ولكنه يمتد إلى خارج المنزل فاصطحاب طفل يعاني من نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى المساجد أو المناسبات الرسمية يسبب إحراجاً بالغا للأهل لسلوكياته الغريبة وغير المتوقعة.

وإزاء ما يصدر عن الابن فإن بعض الأسر تشعر بالحزن والألم والقلق ويمثل وجود الابن الذى يعانى من نقص الانتباه والنشاط الزائد ضغطاً عصبياً نفسياً على الوالدين وبعض الأسر تنكر أو لا تصدق وجود طفل مضطرب لديها ، وبعض الأسر تشعر بأن اضطراب الابن عقاب من الله على أن بعض الأسر تحيط هذه المشكلة بنوع من الكتمان والسرية الخاصة إذا كانت المشكلة تتعلق بأنثى ، وحتى يتغلب الوالدان على هذه المشاعر فإن الأمر يتطلب تقبل الأمر الواقع ، كما يمكن أن يخضع الوالدان وأفراد الأسرة إلى الإرشاد الأسرى القائم على التقليل من الصراعات بين أفراد الأسرة ، وبين أفراد الأسرة والطفل المضطرب ، وكذلك تهدف البرامج الإرشادية لأسر الأطفال المضطربين إلى تعليم الوالدين كيفية التعامل معهم وتنمية مهاراتهم الاجتماعية ، وتعليم الطفل الاعتماد على ذاته وتجريب الحلول لحل المشكلات دون عقاب أو حماية زائدة أو سخرية واستخدام المعززات فى تشجيع الطفل على التخلص من السلوكيات غير المرغوبة وتثبيت السلوكيات المرغوبة.

وتشير *رينا مهرج ٢٠٠٢* إلى أن البيئة الأسرية المناسبة للتعامل مع الطفل الذى يعانى من نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تتضمن :

١) توفير المعززات الفورية وعدم التأجيل فى تنفيذ الوعود حتى لا تفقد هذه المعززات قيمتها .

٢) التواصل المستمر مع المدرسة لمتابعة إنجازاته وتقدمه.

٣) اعتماد محيط واحد للتعلم (غرفة معينة داخل المنزل - مكتب واحد) وذلك لخلق الشعور بالامان لدى الطفل .

٤) التأكد من عدم وجود مثيرات خارجية فى محيط مذاكرته (عدم تشغيل الراديو او التليفزيون - وعدم السماح للاخوة باللعب فى نفس الغرفة).

٥) تنظيم حياته اليومية باستخدام روتين يومى مريح وواضح يساعد على الحد من التصرفات العشوائية.

٦) استخدام المنبه ليدرك مفهوم الزمن وينظم وقته بشكلٍ فعال .

٧) إعطاء الطفل فرصة لممارسة الالعاب بشكل آمن.

٨) تطبيق قواعد سلوكية حازمة مع الطفل دون تزمت أو تشدد .

ب - المعلم :

يواجه المعلم صعوبة بالغة فى التعلم مع الطفل المصاب بنقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لكثرة مشكلاته وضعف قدرته على التحصيل وتعطيله لسير العملية التعليمية ،

ويمكن للمعلم ان يساهم فى التوافق الشخصى والاجتماعى والدراسى للطفل المضطرب ، كما يلى :

١) أن يبدأ المعلم بالسهل من المعلومات ويشجع الطفل على الإنجاز باستخدام المعززات المناسبة.

٢) أن تكون تعليمات الواجب المدرسى واضحة وألا يثقل كاهل الطفل بهذه الواجبات .

٣) عدم السخرية أو استخدام العقاب البدنى الشديد مع الأطفال .

٤) التعاون مع الأسرة لتحديد مدى تطور الطفل فى المجال الاكاديمى والشخصى والاجتماعى .

٥) ملاحظة مدى انتباه الطفل أثناء الشرح ومحاولة جذب انتباهه باستمرار.

ثامنا : العلاج :

(أ) العلاج الطبى :

من خلال إعطاء الطفل بعض مضادات الاكتئاب وبعض المهدئات تحت إشراف ومتابعة طبيه .

(ب) استخدام الكمبيوتر فى التعليم :

من خلال تصميم المنهج على شكل فقرات ووحدات بسيطة ، وعندما يتقن الطفل أى وحدة أو فقرة تظهر إشارة تعزيزية وسمعية وبصرية لتشجيع الطفل على الاستمرار فى التعليم .

(جـ) التجاهل :

حيث إن تجاهل ما يقوم به الطفل حتى يجذب نظر الآخرين ، يؤدى فى النهاية مع تكرار التجاهل إلى كف السلوك غير المرغوب فيه للطفل .

(د) تقليد النموذج :

من خلال وجود نموذج محبوب وخيرات للطفل وقيام هذا النموذج بسلوك مرغوب فيه مثل (ألعاب المكعبات) أو القراءة أو الكتابة وملاحظة الطفل لهذا النموذج واستدخاله لما يقوم به ، ثم يقوم الطفل بتقليد النموذج مع تشجيع من الآخرين فإن هذا يؤدى إلى التعلم واكتساب سلوكيات مقبولة ومرغوبة .

(هـ) طريقة النقط أو الاقتصاديات الرمزية :

حيث تعتمد هذه الطريقة على جعل الطفل يحصل على قطع معدنية أو بلاستيكية ذات ألوان مختلفة كلما قام بسلوك مقبول ويمكن للطفل جمع هذه القطع واستبدالها بأشياء يحبها (حلويات، شكولاته .. الخ) . أو يضع الوالد أو المعلم جدولا يوميا مقسما إلى خانات مربعة صغيرة أمام كل يوم من أيام الأسبوع ويوضع في المربعات علامة أمام كل عمل ايجابي يقوم به الطفل ثم تُحتسب له النقاط في نهاية الأسبوع ، فإذا وصل إلى عدد معين من النقاط حصل الطفل على مكافأة ، وكذلك عند قيامه بسلوك غير مقبول يتم الخصم من نقاطه الإيجابية.

(و) التعزيز الايجابي للسلوك الملائم الصادر من الطفل :

من خلال المكافأة أو التعزيز المعنوي ، يمكن للوالد أن يقرنالسلوك الجيد للطفل بمكافأة من قبيل (مشاهدة التليفزيون ، التنزه.. الخ) . *(مجدى الدسوقى٢٠٠٦ : ٢٧١)*

(ز) تنمية المهارات الاجتماعية للطفل :

التي تشمل الانصات ، الضبط الاجتماعي ، الضبط الإنفعالي ، التعبير الإنفعالي بمساعدة الوالدين والمعلم والآخرين.

***

المراجـــع

المراجع

أحمد عبد الخالق (٢٠٠١): سلوك النوم وعلاقاته لدى المراهقين الكويتيين – دراسات نفسيه، المجلد ١١ ع ١ ص ص ٣ – ٢٨.

أحمد عبد الخالق (٢٠٠٤): الصيغة العربية لمقياس الأمل. دراسات نفسية ، المجلد ١٤ العدد ٢، ص ص ١٨٣ – ١٩٣.

أحمد عبد الخالق ومايسه النيال (١٩٩١): بناء مقياس قلق الأطفال وعلاقته ببعدى الانبساط والعصابية. مجلة علم النفس، الهيئة المصرية للكتاب العدد ١٨ ، ١٩ ص ص ٢٨ – ٤٥.

أحمد على بديوى (١٩٩٣): طفلك ومشكلاته النفسية – التشخيص والعلاج. القاهرة، مكتبة سفير.

أسامة أبو سريع (١٩٩٣): الصداقة من منظور علم النفس. الكويت، عالم المعرفة، العدد ١٧٩.

آلان كازدين. الاضطرابات السلوكيه للأطفال والمراهقين. ترجمة عادل عبد الله (٢٠٠٠)، القاهرة، دار الرشاد.

آمال باظة (٢٠٠٣): اضطرابات التواصل وعلاجها. القاهرة، الأنجلو المصرية.

أمينه السماك وعادل مصطفى (٢٠٠١): الدليل التشخيصى والاحصائى الرابع للاضطرابات النفسية. الكويت، مكتبة المنار الاسلامية.

أوسكار بوكستين. ادمان المراهقين. التقييم والوقاية والعلاج ترجمة خالد الفخرانى وابتسام السطيحه ٢٠٠٠. طنطا ، دار الحضارة للطباعة والنشر.

إيهاب الببلاوى (٢٠٠٣): اضطرابات النطق: دليل لخصائى التخاطب والمعلمين والوالدين. القاهرة، النهضة المصرية.

ب.ب. وولمان (ترجمة) محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٩٥): مخاوف الأطفال. الاسكندرية، دار المطبوعات الجديدة.

جمال الخطيب (١٩٩٠): تعديل السلوك: القوانين والإجراءات. الرياض، مكتبة الصفحات الذهبية.

جمال شفيق أحمد (١٩٩٢): الحرمان من الرضاعة الطبيعية وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والجسمية والاجتماعية لدى الأطفال فى مرحلة الطفولة المبكرة. جامعة الأزهر، مجلة مركز المعوقات الطفولة ك ١ ص ص ٦٩ – ١٢٠.

جمعه سيد يوسف (١٩٩٠): سيكولوجية اللغة والمرض العقلى. الكويت، عالم المعرفة، العدد ١٤٥.

حامد زهران (١٩٨٧): علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة) (ط ٤). القاهرة، عالم الكتب.

حامد زهران (١٩٩٤): الصحة النفسية والعلاج النفسى. القاهرة، عالم الكتب.

حامد زهران (١٩٩٧): الصحة النفسية والعلاج النفسى، القاهرة، عالم الكتب.

حسان شمسى (١٩٩٣): النوم والأرق والأحلام بين الطب والقرآن. جدة ، دار المنارة للنشر.

حسن مصطفى (٢٠٠١): الاضطربات النفسية للأطفال: الأسباب– التشخيص – العلاج. القاهرة، دار القاهرة.

حسن مصطفى (٢٠٠٤): الأسرة ومشكلات الأبناء. القاهرة، دار السحاب.

حسن مصطفى (٢٠٠٤): المشكلات النفسية لأبناء المطلقين فى حسن مصطفى (محرر) المناخ الأسرى وشخصية الأبناء (٢٩٥ – ٣٢٦) القاهرة، دار القاهرة للطباعة والنشر.

حمدى ياسين وحسن الموسوى ومحمد الزامل (٢٠٠٠): إساءة معاملة طفل ما قبل المدرسة وخصائصه النفسية، دراسة غير ثقافية للمجتمع المصرى والكويتى. الكويت، المجلة التربوية، العدد ٥٥ ص ص ٣٣ – ٧٤.

داليا مؤمن (٢٠٠٤): الأسرة والعلاج الأسرى القاهرة، دار السحاب.

دوجلاس توم ترجمة أسحاق رمزى (١٩٥٨): مشكلات الأطفال اليومية. القاهرة، دار المعارف.

ديفيد ولف: الإساءة للطفل: مترتباتها على نمو الطفل واضطرابه النفسى ترجمة (جمعه سيد يوسف ٢٠٠٥): القاهرة. المجلس الأعلى للثقافة. المشروع القومى للترجمة.

ربيع شعبان والسعيد غازى (١٩٩٥): المخاوف المدرسية وعلاقتها باضطرابات التعلق والانفصال لدى أطفال المدرسة الابتدائية. المؤتمر الدولى الثالث للإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، ص ص ٩٢٥ – ٩٥٣.

روز مارى لانج وديبى موريج: الإرشاد الأسرى للأطفال ذوى الإحتياجات الخاصة ترجمة علاء كفافـــى (٢٠٠١): القاهرة – دار قباء للنشر.

ريتا مهرج (٢٠٠٢): أولادنا من الولادة حتى المراهقة. بيروت. أكاديميا انترناشيول.

زكريا الشربينى (٢٠٠١): المشكلات النفسية عند الأطفال. القاهرة، دار الفكر العربى.

زينب شقير (٢٠٠٢): إحذر اضطرابات الأكل. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

زينب شقير (٢٠٠٦): اضطرابات اللغة والتواصل. القاهرة، الأنجلو المصرية.

سعد المغربى (١٩٨٧): فى سيكولوجية العدوان والعنف. مجلة علم النفس، العدد الأول، ص ص ٢٥ – ٣٥.

السعيد غازى وربيع شعبان (١٩٩٥): الاضطرابات المرتبطة بالتعلق والانفصال لدى الأطفال فى الأسرة والمؤسسة. المؤتمر الدولى الثانى للإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، ص ص ٤١١ – ٤٤٣.

سيدنى ولكر: النشاط الحركى الزائد لدى الأطفال ، ترجمة على شعيب والسيد فرحات. ٢٠٠٢. القاهرة، زهراء الشرق.

صلاح مخيمر (١٩٧٩): المدخل إلى الصحة النفسية. القاهرة، الانجلو المصرية.

صلاح مخيمر (١٩٨٠) فى سيكولوجية النمو. القاهرة الانجلو المصرية.

صلاح مخيمر (١٩٩٦): المدخل إلى الصحة النفسية. الطبعة الثالثة، القاهرة، الانجلو المصرية.

ضياء محمد منير (١٩٨٣): علاقة السلوك العدوانى ببعض المتغيرات الشخصية والاجتماعية لدى الأطفال فى المرحلة الابتدائية . رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية – جامعة المنصورة.

طريف شوقى (٢٠٠٣) العدوان. فىعبد الحليم محمود السيد (محرر) علم النفس الاجتماعى المعاصر (ص ٢٤١ – ٢٨٨). القاهرة، ايتراك للنشر والتوزيع.

طلعت منصور (١٩٧٧): التعلم الذاتى وارتقاء الشخصية، القاهرة، الأنجلو المصرية.

طلعت منصور (١٩٨٢): الشخصية السوية. الكويت، عالم الفكر، العدد الثانى المجلد ١٣، ص ص ٦٣ – ١٠٨.

طلعت منصور (١٩٩٥): دراسة فى الآثار النفسيه والاجتماعية للغزو العراقى لدولة الكويت، عالم المعرفة، للعدد ١٩٥.

عادل صادق (١٩٨٩): فى بيتنا مريض نفسى. القاهرة، دار الحرية للصحافة والنشر، كتاب الحرية، العدد (١٩).

عادل صادق (١٩٩٣): الطلاق ليس حلاً: دار أخبار اليوم. كتاب اليوم الطبى العدد: ١٣٨.

عادل عبد الله (٢٠٠٤): الإعاقات العقلية. القاهرة، دار الرشاد.

عباس عوض ومدحت عبد اللطيف (١٩٩٠): الخوف المرضى من المدرسة: دراسة عاملية. الهيئة المصرية العامة للكتاب، مجلة علم النفس، العدد ١٣، ص ص ٥٠ -٩٣.

عبد الرحمن سليمان (١٩٩٤): الخوف المرضى من المدرسة: (فوبيا المدرسة) فى ضوء نظرية قلق الانفصال: رؤية تحليليه نقديه. مجلة الارشاد النفسى، جامعة عين شمس، العدد الثالث، ص ص ٥٧ - ٨٨.

عبد الستار إبراهيم وعبد الله عسكر (١٩٩٩): علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي. القاهرة، الأنجلو المصرية.

عبد السلام الشيخ وممدوح صابر (١٩٩٦): أشكال الكذب وبعض متغيرات الشخصية عند الآباء وعلاقتها باضطراب شخصية الأبناء. المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٥، المجلد السادس، ص ص ٧١ - ١٢١.

عبد السلام عبد الغفار، عادل الأشول، عبد المطلب القريطى، نبيل حافظ (١٩٩٧): مظاهر إساءة معاملة الطفل فى المجتمع المصرى. القاهرة ، أكاديمية البحث العلمى.

عبد العزيز القوصى (١٩٨١): أسس الصحة النفسية. ط ٦. القاهرة، النهضة المصرية.

عبد الفتاح دويدار (١٩٩٠): التوقعات السلبية نحو المستقبل وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية. المؤتمر السنوى الثالث للطفل فى مصر، ص ص ٤٩٥ - ٥١١.

عبد الله عسكر (١٩٩٦): علم النفس الفسيولوجي. القاهرة، الأنجلو المصرية.

عبد الله عسكر (٢٠٠١): مدخل إلى التحليل النفسى اللاكانى. القاهرة، الأنجلو المصرية، الطبعة الثانية.

عبد الله عسكر (٢٠٠٥): الاضطرابات النفسية للأطفال. القاهرة، الأنجلو المصرية.

عبد المطلب القريطى (١٩٩٧): فى الصحة النفسية. القاهرة، دار الفكر العربى.

عبد المنعم المليجى (١٩٧١): النمو النفسى. بيروت، دار النهضة العربية.

عطيات الطهراوى (١٩٩٧): الشقاق الأسرى والاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

علاء الدين كفافى (١٩٨٩): التنشئة الوالدية والأمراض النفسية. القاهرة، دار هجر للطباعة والنشر.

عماد عبد الرازق (١٩٩٢): الخصائص النفسية للأبناء الذكور المتغيب أباؤهم وغير المتغيب: دراسة مقارنة - رسالة ماجستير غير منشورة - كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

عماد عبد الرازق (١٩٩٦): المعاناه الاقتصادية الضوابط الوالدية وعلاقتهما بالمشكلات السلوكية للأبناء، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب- جامعة الزقازيق.

عماد مخيمر (١٩٩٦): إدراك القبول / الرفض الوالدى وعلاقته بالصلابة النفسية لدى الشباب الجامعى، مجلة دراسات نفسية.

عماد مخيمر (١٩٩٧): الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية : متغيرات وسيطة فى العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعى. المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد ١٧، المجلد ٧، ص ص ١٠٣ - ١٣٨.

عماد مخيمر (٢٠٠٣): إدراك الأطفال للأمن النفسى من الوالدين وعلاقته بالقلق واليأس. دراسات نفسية مجلد ١٣، العدد ٤ ص ص ٦١٣ - ٦٧٧.

عماد مخيمر (٢٠٠٣): الرفض الوالدى ورفض الأقران والشعور بالوحدة النفسية فى المراهقة. مجلة دراسات نفسية مجلد ١٣ العدد ٢١ ص ص ٥٩ - ١٠٥.

عماد مخيمر (٢٠٠٤): قلق الانفصال لدى الوالدين وعلاقته باعتمادية الأبناء فى مرحلة المراهقة. المؤتمر السنوى الحادى عشر للإرشاد النفسى. ص ص ٢٢٤ – ٢٢٦.
عماد مخيمر وعزيز الظفيرى (٢٠٠٢): ضغوط الأقران وتقييم الذات وعلاقتهما بالاتجاه نحو تعاطى المخدرات لدى المراهقين الكويتيين. مجلة علم النفس المعاصر، المجلد ١٣ ص ص ١١ – ٧٧.
عماد مخيمر وعزيز الظفيرى(٢٠٠٣):خبرات الإساءة التى يتعرض لها الفرد فى مرحلة الطفولة وعلاقتها باضطراب الهوية الجنسية.مجلة دراسات نفسية،المجلة ١٣،العدد ٣،ص ص٤٤٧– ٤٨٦.
عماد مخيمر، عماد عبد الرازق (١٩٩٩): خبرات الإساءة التى يتعرض لها الفرد فى مرحلة الطفولة وعلاقتها بخصائص الشخصية: دراسة مقارنة بين الجانحين وغير الجانحين. القاهرة، مركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، المؤتمر الدولى السادس للإرشاد النفسى، ص ص ٣١٥ – ٣٧١.
غسان يعقوب (١٩٩٩): سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفس: بيروت – مكتبة الفارابى.
فاروق إبراهيم أبو عوف (١٩٨٢): إرهاب المدرسة، العوامل المؤدية لظهوره وأساليب علاجه والتخلص منه، القاهرة: الأنجلو المصرية.
فرج عبد القادر طه وآخرون (١٩٩٣): موسوعة علم النفس والتحليل النفسى. القاهرة، دار سعاد الصباح.
فوقيه حسن عبد الحميد (١٩٩٢): الرضاعة والفطام وعلاقتهما بمشكلات مرحلة الطفولة المبكرة كما تدركها الأمهات. جامعة الأزهر، مجلة مركز معوقات الطفولة ك ١ ص ص ٣٣ – ٦٨.
فوقيه محمد راضى (٢٠٠١) تقدير الذات والاكتئاب والوحدة النفسية لدى التلاميذ ضحايا مشاغبة الأقران فى المدرسة. المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ٢٩ ص ص ١١٩ – ١٥٠.
فوقيه محمد راضى (٢٠٠٢): أثر سوء معاملة وإهمال الوالدين على الذكاء (العقلي والانفعالى والاجتماعي) للأطفال، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد ٣٦ : ص ص ٢٧ – ٨٨.
فيصل الزراد (١٩٩٠): اللغة واضطرابات النطق والكلام. الرياض. دار المريخ للنشر.
فيصل الزراد (٢٠٠٢): اضطراب فرط الحركه ونقص الانتباه والاندفاع لدى الأطفال الشارقه. الشارقه للخدمات الانسانية.
فيكتور فرانكل (١٩٨٢): الإنسان يبحث عن المعنى: مقدمة فى العلاج بالمعنى ترجمة طلعت منصور. الكويت، دار القلم.
فيولا الببلاوى (١٩٩٠): مشكلات السلوك عند الأطفال: نماذج من البحوث فى تحليل السلوك وتعديل السلوك عند الأطفال. القاهرة، الأنجلو المصرية.
فيولا الببلاوى(١٩٩٣):طفولة فى خطر أم طفولة فى مواجهة الخطر. المؤتمر الدولى الأول للآثار النفسية والاجتماعية والتربوية للعدوان العراقى على دولة الكويت. مكتب الإنماء الاجتماعى٣– ٦ إبريل.
فيولا الببلاوى (٢٠٠١): ضغوط الحياة فى الأسرة، مدخل لإرشاد الأزمات. المؤتمر السنوى الثامن لمركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس.
فيولا الببلاوى (٢٠٠٢): الذاكرة والصدمة: تأثير أحداث العدوان العراقى على بعض مشكلات الصحة النفسية لدى الأطفال والمراهقين.المؤتمر السنوى التاسع لمركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس ص ص ٦٨٩ – ٧٣٢.

فيولا الببلاوى (٢٠٠٣): الأطفال فى الأزمات: نماذج من استراتيجيات إرشاد الأزمات للأطفال. القاهرة مجلة الطفولة والتنمية، العدد الأول: ٢٥ – ٥٩ .
كلير فهيم (١٩٩٤): الاضطرابات النفسية للأطفال. القاهرة، الأنجلو المصرية.
كمال دسوقى (١٩٧٩): النمو التربوى للطفل والمراهق. بيروت، دار النهضة العربية.
كمال مرسى (١٩٩٠): رعاية أطفال الأسر المطلقة، المؤتمر الدولى للطفولة فى الإسلام المنعقد من ٩ – ١٢ أكتوبر ١٩٩٠. جامعة الأزهر ص ص ٧٨٧ – ٨٠٢.
لطفى الشربينى (٢٠٠٠): اضطرابات النوم: كيف تحدث وما هو العلاج ؟ كتاب الشعب الطبى، العدد ٢٣، القاهرة: مؤسسة دار الشعب.
لمياء جميل (٢٠٠٣): فعالية العلاج السلوكى لبعض اضطرابات النطق وأثره على العلاقات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً. ورسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
لويس كامل مليكة (١٩٨٨): الاعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية، القاهرة، مطبعة فيكتور كيرلس.
مايسه النيال (١٩٩٨): خبرة الأسى التالية لفقدان الجنين الأول: دراسة مقارنة – تتبعية لدى ثلاث فئات من الاجهاض. مجلة الارشاد النفسى، جامعة عين شمس العدد الثامن: ص ص ١١٩ – ٢٠٦.
مايكل راتر (١٩٩١): الحرمان من الأم: إعادة تقييم "ترجمة ممدوحة سلامة". القاهرة، الأنجلو المصرية.
مجدى أحمد عبد الله (١٩٩٧): الطفولة بين السواء والمرض. الأسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
مجدى الدسوقى (٢٠٠٦): اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. القاهرة، الأنجلو المصرية.
مجدى الدسوقى (٢٠٠٦): اضطرابات النوم. الأسباب – التشخيص – الوقاية والعلاج. القاهرة، الأنجلو المصرية.
محمد أحمد سعفان (٢٠٠١): الإرشاد النفسى للأطفال. القاهرة، دار الكتاب الحديث.
محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٤): علم النفس الاجتماعى المعاصر. القاهرة، دار الفكر العربى.
محمد السيد عبد الرحمن ومنى خليفه (٢٠٠٤): دليل الآباء والمتخصصين فى العلاج السلوكى المكثف والمبكر للطفل التوحدى . القاهرة، دار الفكر العربى.
محمد النوبي (٢٠٠٤): فعالية السيكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب النشاط الحركي الزائد وأثره في التوافق النفسي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية – جامعة الزقازيق.
محمد جميل منصور (١٩٨٤): قراءات فى مشكلات الطفولة. جدة – تهامه للنشر.
محمد شحيمى (١٩٩٤): مشاكل الأطفال النفسية كيف نفهمها. بيروت، دار الفكر اللبنانى.
محمد شعلان (١٩٧٩): الاضطرابات النفسية فى الأطفال (الجزء الثانى). القاهرة، الجهاز المركزى للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية.
محمد عبد الرحمن وعامر نايل (٢٠٠١): الإساءة اللفظية ضد الأطفال من قبل الوالدين وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموجرافيه. الكويت، مجلة الطفولة العربية. العدد ٧ ص ص ٧ – ٢٦.
محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٨٩): مشكلات الأبناء من الجنين إلى المراهق. الأسكندرية، دار المعارف الجامعية.
محمد عبد المؤمن (١٩٨٦): مشكلات الطفل النفسية. القاهرة، دار الفكر العربى.
محمد على الهمشرى، وفاء عبد الجواد وعلى إسماعيل، (١٩٩٦): مشكلة سرقات الأطفال (سلسلة المشكلات السلوكية للأطفال). الرياض، مكتبة العبيكان.

محمود حموده (١٩٩١): الطفولة والمراهقة: المشكلات النفسية والعلاج. القاهرة، مركز الطب النفسى والعصبى للأطفال.

محمود حموده (١٩٩٣): دراسة تحليليه عن العدوان. مجلة علم النفس، العدد ٢٧، ص ص ٢٠ – ٢٥ .

محمود عوده وكمال مرسى (١٩٨٦): الصحة النفسية فى ضوء علم النفس فى الإسلام. الكويت دار القلم.

مصطفى زيور (١٩٨٥): فى النفس: بحوث مجمعة فى التحليل النفسى. القاهرة : دار النهضة العربية.

مصطفى سويف (١٩٩٠): الأسس النفسية للتكامل الاجتماعى. دراسة ارتقائية تحليلية. القاهرة. دار المعارف. الطبعة الثالثة.

مصطفى فهمى (١٩٦٥): سيكولوجية الأطفال غير العاديين. القاهرة. دار مصر للطباعة.

مصطفى فهمى (١٩٧٥): أمراض الكلام. القاهرة، مكتبة مصر.

معتز عبد اله وصالح أبو عباه (١٩٩٥): أبعاد السلوك العدوانى. مجلة دراسات نفسية، مجلد ٥، عدد ٣، ص ص ٥٢١ – ٥٨٠.

ملاك جرجس (١٩٨٩): مشاكل الأطفال النفسية: الجزء الثانى/ كتاب اليوم الطبي اخبار اليوم العدد ٨٧.

ملاك جرجس (١٩٩٣): مشكلات الأطفال النفسية وكيفية مواجهتها. القاهرة، مكتبة المحبه.

ممدوح الكنانى وحسن الموسوي (١٩٩٦): سيكولوجية الطفولة المبكرة –الإمارات العربية المتحدة، مكتبة الفلاح.

ممدوح فؤاد (١٩٩٤): سيكولوجية الكذب. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب – جامعة عين شمس.

ممدوحة سلامة (١٩٨٤): أساليب التنشئة وعلاقتها بالمشكلات النفسية في مرحلة الطفولة الوسطى. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس.

ممدوحة سلامة (١٩٨٦): استبيان القبول / الرفض الوالدى للكبار. القاهرة، الأنجلو المصرية.

ممدوحة سلامة (١٩٨٦): محاضرات فى الشخصية، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

ممدوحة سلامة (١٩٨٧): الاكتئاب وجوانب التشويه المعرفى. القاهرة مجلة الصحة النفسية، مجلد، ٢٨، العدد السنوى، ص ص ٣ – ٢٣.

ممدوحة سلامة (١٩٨٧): عرض لكتاب الإساءة للأطفال وعواقبها، تأليف رانشيل كلام، وكرستينا فرانشي. مجلة علم النفس، العدد ٢٠، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

ممدوحة سلامة (١٩٨٧): مخاوف الأطفال وإدراكهم للقبول / الرفض الوالدى. مجلة علم النفس. القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد الثانى.

ممدوحة سلامة (١٩٨٩): التشويه المعرفي لدى المكتئبين وغير المكتئبين. مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب العدد ١١، ص ص ٤١ – ٥٢.

ممدوحة سلامة (١٩٩١): الإرشاد النفسى منظور إنمائى. القاهرة، الأنجلو المصرية.

ممدوحة سلامة (١٩٩١): المعاناة الاقتصادية وتقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لدى طلاب الجامعة. مجلة دراسات نفسية، ك ١، ج ٣، ص ص ٤٧٥ – ٤٩٦.

ممدوحة سلامة (١٩٩١): علم النفس المقارن. القاهرة، الأنجلو المصرية.

ممدوحة سلامة (١٩٩٥): علم النفس الإجتماعى. أنت وأنا والآخرون، القاهرة، الانجلو المصرية.

ممدوحة سلامة وعبد الله عسكر (١٩٩٥) علم النفس الاكلينيكى. القاهرة، الأنجلو المصرية.

ميشيل دبابنة ونبيل محفوظ (١٩٨٤): سيكولوجية الطفولة. الأردن – دار المستقبل للنشر والتوزيع.

نبيله الشوربجى (٢٠٠٣) المشكلات النفسية للأطفال. أسبابها وعلاجها. القاهرة، دار النهضة العربية.
نصرة عبد المجيد (٢٠٠٣): الدسلكسيا. الاعاقة المختفية. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
نصرة عبد المجيد (٢٠٠٤): التعليم العلاجى. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
نيفين زيور (١٩٨٩): دراسة متعمقة فى ديناميات التبول اللارادى. مجلة علم النفس، العدد العاشر ص ص ٧ - ٢٣.
هبه محمد على (٢٠٠٣): الإساءة إلى المرأة: دراسة فى سيكوديناميات لعلاقة الزواجية. رسالة دكتوراة منشورة، القاهرة، الأنجلو المصرية.
هدى برادة وفاروق صادق (١٩٨٦): علم نفس النمو. القاهرة، مؤسسة الأهرام.
هدى محمد قناوى (١٩٨٣): الطفل تنشئته وحاجاته. القاهرة، الأنجلو المصرية.
يسرية صادق (١٩٨٩): انفعالات الغيرة لدى الإناث: دراسة حضارية مقارنة. مجلة كلية التربية بجامعة الزقازيق، العدد العاشر، السنة الرابعة، ص ص ٤٠٩ - ٤٦٤.

Abramson, L., Metalsky, G. & Alloy, L. (1989): Hopelessness Depression. A theory based subtype of depression. Psychological Review, 96, 358- 372.

Abramson, L.Y. Seligman, M.E. & Teasdale, J.D. (1978): Learned Helplessness in human: critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, Vol. 87, No. 1, pp 49 – 74.

Ackerman, N. (1994): The psychodynamics of family life: diagnosis and treatment of family relationships. New Jersy, J. Aronson.

Ainsworth, M. (1990): epilogue some considerations regarding theory and assessment relevant to attachments beyond infancy in M. Greenberg, D. Cechetti and E. Cummings (Eds) attachment in preschool years (pp 463-488) Chicago University Press.

American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed). Washington, DC: Ameican Psychiatric Association.

Asarnow, J., Carlson, G. & Guthrie, D. (1987): Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environment's depressed and suicidal children. Journal of Consulting and Clinical psychology, 55, (3), 361 – 366.

Asher, S. & Wheeler, V.(1989): Children's Loneliness: A comparison of rejected and neglected peer status.Journal of Counselting and Clinical Psychology, Vol. 53, No. 4, pp 500-505.

Asher, S.(1990): Recent advances in the study of peer rejection in S. Asher and J.Coie (Eds) peer rejection in childhood, (pp 3-14). Bridge University Press.

Bagwell, C., Newcomb, A. and Bukowski (1998): Preadolescent friendhsip and peer rejectio as predictors of adult adjustment. Child Development Vol. 69, No. 1,pp 140-153.

Bandura, A. (1982): Self-Efficacy mechanisms in Huamn Agency. American Psychologist. Vol. 37, No. 2, pp 127-147.

Bandura, A. (1989): Human Agency in Social Cognitive Theory. American Psychologist, Vol. 44, No. 9, pp. 1175-1189.

Barkley, R. (2001): The in attentive type of ADHD as a distinct disorder, when remains to be done. Clinical psychology, Science and practice, Vol. 8, pp 409-493.

Barkley, R., Karlsson, J. Pollard, S & Murphy, J. (1985): Developmental changes in the mother-child interactions of hyperactive boys. Journal of Child Psychology and Phychiatry, Vol. 26, pp. 705-715.

Baumrind D. (1991): The influnce of parenting styles on adolescents competence and substance use: Journal of early adolescence. Vol. 2, pp. 56-95.

Beck, A. (1976): Cognitive therapy and the Emotional Disorders. New York, International Universities Press.

Beck, A.T. & Young, J., (1986): College blues in D. Goleman & A. Heller. (Eds): the pleasures of psychology, (pp. 309 – 323), New York : New Americal Library.

Beck, A.T., (1972): Cognition, Anxiety, and psycho-physiological Disorders, in C.D. Spielberger., (ED) Anxiety current trends in theory and Research (pp 343 – 354) New York, Academic press.

Beck, A.T., Brown., G., Steer. R.A., Eidelson, J.i. & Riskind, J.H., (1987): Differentiating Anxiety and Depression: A test of the cognitive content-specificity Hypothesis. Journal of Abnormal psychology, Vol. 96, No. 3, pp. 179 – 183.

Bee, H.(1998): The developing child (5th Ed). New York, Harper and Row Publishers.

Berkowitz, L (1993): aggression its causes, consequences, and control. New York, Mcgraw – Hill.

Block, J.H. & Block, J.H. (1980): The role of ego control and ego resiliency in the organization of behaviour, in W.A. Collins (Ed.), Development of Cognition, Affect and Social Realtions. The Minnesota symposia on child psychology (Vol. 13). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Block, J.H. & Gjerde, P.F. and (1986): Early antecedents of ego-resiliency in late adolescence. Paper presented at the American Psychological Associaiton metting, Washington, DC.

Bloodstein, Q. (1984): Speech pathology: An introduction. New Jersy, Houghton Miffin Company.

Bolger, K., Patterso, C.& Kuper, S. (1998): Peer relationship and self-esteem among children who have been maltreated. Child Development, 60, (4), 1171-1197.

Bowlby, J. (1973): Attachment and loss: volume 2: separation, anxiety and anger. Penguin Books.

Bowlby, J. (1979): The making and breaking of affectional bonds. London, Tavistock.

Bowlby, J. (1980): Attachment and loss: volume 3. Sadness and depression. Penguin Books.

Bowlby, J. (1988): A secure base: parent child attachment and healthy human development. New York, Basic Books.

Bradly, R. & Mansell, L. (1997): Children in poverty in R. Ammeran and M. Heresen, (Ed) Handbook of prevention and treatment with children and adolescents. (pp 13-58). New York, John wiley and sons.

Braume, V.(2002): Child abuse, defining, understanding and intvening, in K. Milson, & A. James (Eds) in Handbook of Child protection (50-70) London, Biailliere Thindall.

Brehm, S & Kassin, S (1990): Social psychology, Boston, Houghton Mifflin company.

Brooks, R. (1994): Children ■ risk fostering resilience and hope. American Journal of Orthopsycholatry, Vol. 64, pp. 454-553.

Brunstein, J.C. & Olbrich, E. (1985): Personal helplessness and action control: analysis of achievement.related cognition, self. Assessments and performance, Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 48, No. 6, pp. 1548 – 1551.

Cain L. (1996): Child Sexual Abuse. ""http://www. Qvctc. Comment. Edu/student/Linda Cain/sexabuse. Html. Pp1-13.

Calam, R & Franchi, (1988): Child abuse and its consequences observational approach. New York, Cambridge University Press.

Carlson, C. & Cordova, M. (1999): Sleep disorders in childhood and abolescence in S. Nethrton, D. Holmes and C.Waeber (Eds) child and adolescent psychological disorders. New York. Oxford University Press.

Carr, L. (1970): Delinquency control, New York. Harper and Row. في عماد عبد الرازق (١٩٩٦): المعاناة الاقتصادية والضوابط الوالدية وعلاقتهما بالمشكلات النفسية للأبناء- رسالة كلية الأداب- جامعة الزقازيق.-دكتوراه غير منشورة

Clark, D.A.; Beck, A.T. & Brown, G., (1989): Cognitive mediation in general psychiatric outpatients. A test of the content specifity hypothesis. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 56, No. 6, pp. 958 – 964.

Clark,D., Pynoos, R. & Gobel, A. (1996): Mechanisms and processes of adolescent berevement, in R.Huaggerty, L., Sherrod, N. Garmezy and M. Rutter (Eds) stress, risk, and resilience in children and adolescents, Cambridge University Press (pp 100-146).

Classer, D. & Frosh, S. (1993): Child sexual abuse. New York, MacMillan.

Conge,r R.D., Elder, G., Lorenz, F., Conger, K., Slmons, R. & Whitbeck, L. (1990): Linking economic hardship to marital quality and instability. Journal of Marriage and the Family, 52, 643-656.

Conger R.D., Elder, G., Lorenz, F., Conger, K., Slmons, R. & Whitbeck, L. (1992): A family process model of economic hardship and adjustment of early adolescent body. Child development, 63, pp. 526-541.

Conger, R.D., Elder, G., Lorenz, F., Conger, K., Slmons, R. & Whitbeck, L. (1993): Family economic stress and adjustment of early adolescent girls. Developmental Psychology, Vol. 26, No.2 (pp 206-219.

Coopersmith, S. (1981): The antecedents of self-esteem. Calfornia. Counselting Psychologists.

Coyne J. & Lazarus, R. (1980): Cognitive style, stress perception, and coping in Kutash and L.B. Schlesinger (Eds) Handbook on Stress and Anxiety. London: Jossey Bass Publishers.

Cummings, E. & Davis P. (1994): Maternal depression and child development.Journal of child psychologyand psychiairy., Vol. 35, No. 1, pp 73-112.

Davis, P. & Cummings M. (1998): Exploring children's emotional security as a mediator of the link between marital relations and child adjustment. Child Development, 69, (I), 124 – 139.

Davison, G. & Neale J. (1994): Abnormal psychology (6th ed). New York, John Wiley & Sons.

DeBellis, M. (1997): Posttraumatic stress disorder and acute stress disorder in R. Ammerman and H. Hersen (Eds): Handbook of prevention and treatment with children and adolescents, (pp 455-494) New York, John wiley and Sons.

Derksen, J. (1995): Personality disorder. Clinical and social perspective. New York, John Wiley and Sons.

Dicaprio, N. (1994): Personality theories: guides to living. London, W.B. Saunders Company.

Dodge, K. (1998): Developmental psychopathology in children of depressed mothers, Developmental psychology Vol. 26, No. 1, 3-6.

Eillis, A. (1975): Rational Emotive psychotherapy. In D. Bannister (ED) Issues and Approaches in the psychological therapies. (pp 163 – 186) New York; john wiely & sons.

Eillis, A. (1976): Rational Emotive therapy in V. Binder, A. Binder & B. Rimland (EDS) Modern therapies (pp. 21 – 33) New jersey: Englwood cliffs. Prentic hall, inc.

Eillis, A. (1977): Reason and Emotion in psychotherapy. New jersey: the citadel press.

Elder, G., Nguyen, T. & Caspi, A. (1985): Linking family hardship to children's lives. Child Development, 56, pp. 361-375.

Elder, G.H. & Caspi, A. (1988): Economic stress in lives: developmental perspectives. Journal of Social Issues, 44, (4) 25-45.

Ellis, A., (1973): Humanistic psychotherapy: the Rational emotive Approach. New York, Mcgraw Hill Book company.

Ellis, A., (1977): Rational –Emotive therapy. Research Data that supports the clinical and personality Hypotheses of (R.E.T.) and other Modes of Cognitive-Behavior therapy. The counseling psychologist, vol. 7, No. I, pp 2 – 42.

Ellis, A., (1979): Rational –Emotive therapy in R. corsini (Ed) current psychotherapies. (pp 185 – 229) Itasca, ILLINOIS, F.E, peacock publishers. Inc.

Emery, R. & Forehand, R. (1994): Parental divorce and children's well-being: a focus on resilience, in R.J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy and M. Rutter (Eds), Stress, Risk and Resilience in Children and Adolescents: Processes, Mechanisms and Interventions, Cambridge: Cambridge University Press.

Emery, R. (1998): Marriage, divorce, and children's adjustment, Newbury Park, CA, Sage.

Engler, B (1990): Personality theories: An introduction. New Jersey, Houghton Mifflin company.

Erikson, E. (1980): Identity and the life cycle. New York, W.W. Norton and Company.

Fein, G. (1987): Child development, New Jersy, Prentic Hall.

Fendrich, M. Warner, V. & Weissman,(1990): Family risk factors , parental depression,and psychapathology in offspring. Developmental psychology, Vol. 26, No. 1, pp 40-50>

Feshback, J. & Feshback, S. (1987): Introduction to psychological separateness and experiences of loss in, J. Feshback & S. Feshback (Eds) psychology of separation and loss. Perspectives on development, life transitions, and clinical practice (pp 1 – 59) San Francisco, Jossey-Boss.

Forsh, S. (2002): Characteristics of sexual abusers in K Wilson and A. James (Eds) Handbook of child protection (pp 71-88) London, Baillere Thudall.

Garmez, N. & Rutter, M. (Eds) (1983): Stress, Coping and Development in Children. New York: McGraw-Hill.

Garmezy, N. & Neuchterbin, K.(1972): Invulnerable children: The fact and fiction of competence and disadvantage. American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 42, pp 328-329.

Garmezy, N. (1981): Children under stress prospectives on antecedents and correlates of vulnerability and resistance to psycholpathology in A Arabin, J. Aronaff and R. Zucker (Eds) Further exploration in Personality, New York Wiley>

Garmezy, N.(1983): Stressors of childhood in N. Garmezy and M. Rutter (Eds) stress, coping and development in children. New York: Mcgraw Hill Bood Company.

Gelfand, D., Jensen, W. & Drew, C.(1997): Understanding child behavior disorders.London,Harcourt Brace College Publishers.

George L. (1990): Eating disorders. New York, Guilford Press.

Givelber, F.(1983): The parent – child relationship and the developmnet of self-esteem in. J. Mack and L. Ablon (Eds) the development and sustenance of self-esteem in childhood (pp. 163-188). New York: International Universities Press.

Goldenberg, H., Goldenberg, I (1970): School phobia: Childhood Neurosis or learned maladaptive behavior ? Exceptional Children Vol. 37.

Goodman, S. & Gotlib, I. (1999): Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. Psychological Review, Vol. 106, No. 3, pp 458-490

Goodman, S. & Brumbley, E. (1990): Schizophrenic and depressed mothers: relational deficity parenting. Developmental psychology Vol. 26, No. 1, pp 31-34.

Greenberg, M.S., and Beck, A.T., (1989): Depression versus Anxiety: A test of the content. Specificity Hypothesis. Journal of Abnormal psychology, vol. 98, No. I, pp. 9 – 13.

Greenberg, R.L., (1989): Panic Disorder and Agoraphobia in J, Scott., J, Mark., and A, T. Beck., (EDS) cognitive therapy in clinical practice. An Illustrative casebook. New York, Routledge.

Haggerty, R. Sherrod, L. Garmezy, N. & Rutter , M.(1996): Stress, Risk and resilience in children and adolescents.Combridge University Press.

Hanks, H. & Stratton, P. (2002): Consquences and indicators of child abuse in K. Wilson andA. Janes (Eds) handbook of child protection (pp 89-114) London, Bailliere Tindall.

Harrington, R. (1993): Depressive disorder in childhood and adolescence. New York, John wiley & Sons.

Harris, H. (1987): Psychoanalytic theory and depression in .R. fore manek & A. Gurian (Eds) women and depression: A life span perspective (pp. 3 –26) : New York, Springer Publishing Company.

Hetherington, E. M. (1998): Parents, childen and siblings six years after divorce, in R. Hinde and J. Stevenson – Hinde (Eds) Relationships within Families: Mutual Influences. Oxford: Clarendon Press.

Hetherington, E.M. & Kell, J. (2002): For better or for worse: Divorce reconsidered. New York: Norton.

Hetherington, E.M. (1989): Coping with family transitions: Winners, Losers, and Survivors, Child Development Vol. 60: pp 1-15.

Hock, E. & Demies, D. (1990): Depression in mothers of infants: the role of maternal employment. Developmental psychology, Vol 26, No. 2, 285 – 291.

Hock, E. & Lutz, W. (1998): Psychological meaning of separation anxiety in mothers and fathers. Journal of family psychology, Vol. 12, No. 1, pp 41 – 55.

Hock, E. Berly, M. Haring, S., Ellwanger, P. & Widaman, K. (2001): Separation anxiety in parents of a dolescents. Theoretical significance and scale Development. Child Development, Vol. 22, No. 1, pp 284 – 298.

Hock, E. Mcbride, S. & Genzda, T. (1989): Maternal separation anxiety. Mothe-infant separation from the maternal perspective. Child Development, 60, pp 793 – 802.

Hodgkinson, P. & Stewart, M. (1998): Coping with catstrople: handhook, of post-disaster psychological after care. London. Routledge.

Holahan, C.J. & Moos, R.H. (1986): Pesonality, coping and family resources in stress resistance: A longitudinal analysis. Journal of Personality and Social Psycology, Vol. 51, No. 2, pp. 389-395.

Holahan, C.J. & Moos, R.H. (1987): Risk, resistance and psychological distress: a longitudinal analysis with adult and children.Journal of Abnormal Psychology. Vol. 96,No. 1, pp. 3-13.

Holahan, C.J. & Moos, R.H. (1990): Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning. Journal of Personality and Social Pschology, Vol. 58, No. 5, pp. 909-917.

Hughes, D. (2001): Signs of Sexual Abuse. http://www. Protectkids. Com/abuse / abusesigns. Htm. pp. 1-2.

Hurlock, E. (1978): Child development (6th ed), Macgraw-Hill.

Huston, A., Mcloyd, V. & Coll, C. (1994): Children and poverty issues in contemparary Research, Child development, 65, 275-282.

Kabak, R. (1988): attachment in late adolescence working madels, affect regulation and representationa of self and others. Child Development, Vol. 54, pp 135 – 146.

Kazdin, A. (2000): Encyclopedia of psychology, Oxford University Press.

Kelly, E.W. (1973): School Phobia: A review of theory and treatment. Psychology in the schools, 10, 33 – 42.

Kerns, K. Aspelmeier, J., Gentzler A. & Grabill C. (2001): Parent-child attachment and monitoring in middle childhood. Journal of Family Psychology, Vol. 15, No. (1), pp 69-81.

Kerns, K., Klepace, L. & Coie, A.(1996): Peer relationship and preadolescent's perceptions of security in child-mother relationship. Developmental psychology, Vol. 32, No. (3), pp 457-466.

Kerns, K., Tomich, P. Aspelmeier & Conteras, J. (2000): Attachment-based assessments of parent – child relationships in middle chilhood. Developmental Psychology, 36, (S), 614-628.

Kimchi, J. & Schaffner, B. (1990): Childhood protective factors and stress risk in L. Arnold (Ed.), Childhood Stress. New York, John Wiley.

Klein, E. (1954): The reluctance to go to school psychoanalytic study of the child, I, 263- 279.

Kobasa, S. (1979): Stressful life events, personality and health: An hquiry into Hardiness. Journal of personality and Social Psychology, Vol. 37, No. 1, P. 1-11.

Kobasa, S.C. (1982a): Commitment and coping in stress resistance among lawyers. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 42, No. 4, pp. 707-717.

Kobasa, S.C., Lempers, D. & Simons, R. (1982b): Hardiness and health: A prospective study. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 42, pp. 168-177.

Last, C.; (1995): School phobia associated with parental attitudes towards child rearing, psychological Report, Vol. 108, p. 209 – 213.

Lempers, J.D. et al., (1989): Economic hardship, parenting and distress in adolescence. Child Development Vol. 60, pp. 25-39.

Lewinsohn, P. & Hoberman, H. (1985): Depression in A. Balleck & A. Kazdin (Eds) international handbook of behavior modification and therapy (pp. 173 – 207): New York, Plenum Press.

Lewinsohn, P., Gotlib, I., Lewinsohn, M., Seeley J. & Allen, I. (1998): Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. Journal of Abnormal Psychology, 107, (1), 109 – 117.

Lewinsohn, P.M.; Youngren, M.A. & Grasscup, S.J. (1979): Reinforcement and depression in R.A. Depue (Ed) the psychobiology of the depressive disorders. Implications for the effects of stress (pp. 291 – 315): New York, Academic Press.

Lindsay, S. & Johanshohi, M.(1994): Disorders of sleep in. S. Lindsay, and G. Powell (Eds) the handbook abnormal adult psychology (pp 590-600). London . Routledge.

Longer,M. & Muner O.D. (1996): Peer social attribution and self-efficacy on peer rejected preadolescents.marrill Palmer Quarterly, 42, (3), 339-351.

Lorenz, F. (1991): Economic pressure and marital quality: An Illustration of the method variance problem in the causal modeling of famly processes. Journal of Marriage and the Family. Vol. 53, pp. 375-388.

Lutz, W. & Hock, E. (1994): Maternal separation anxiety: Relations to adult attachment representations in mothers of infants. Journal of Genetic Psychology. Vol. 156, No. 1, pp 57 – 72.

Maccoy, E. (1991): Different reproductive strategies in males and females . Child Devleopment. 62, 676 – 681.
Maccoby, E., (1980): Social development, psychological growth and the parent child relationship. New York, Harcourt Brace Jovanovich.
Mack, J.E. (1983): Self-esteem and its development: An over view in J.E. Mack and S.I.Ablon (Eds) the development and sustenance of self-esteem in childhood (pp. 1-42): New York: International Universities Press.
Marcoen, A.& Brumagne, M. (1989): Loneliness among children and young adolescents. Developmental Psychology, Vol. 21 No. (6), pp 1029-1031.
Marks, D. Murray, M. Evans, B. & Willing, C.(2000): Health Psychology: theory research and practice> New York. Sage Publication.
Maslow A. (1970): Motivation and personality (2nd ed). New York, Harper and Row Publishing.
Masten, A., Best, K. & Garmezy, N. (1990): Resilience and development. Contributions from the study of children who overcome adversity. Development and psychopathology, 2, 425-44.
Mcloyd, V. (1989): Socialization and development in achanghig economy the effects of parental job and income loss on children. American Psychologist, 44, 2, 293-302.
Mcloyd, V.C. (1990): The impact of economic hardship on black families and children : Psychological distress, parenting, and socioemotional developmend. Child Development, 61, pp. 311-346.
Meichenbaum, D. (1985): Stress inoculation training. Oxford:pergamon.
Mischel, W., (1981): Introduction to personality (3rd Ed)., New York: Hold, Rinehart & Winston.
Miz J. & Ladd, G. (1990): Toward the development of successful social Skills training for preschool childen in : S Asher and J. Coie (Eds) peer rejection in childhood (pp 338-364) New York, Cambridge University Press.
Moos, H. (1976): Human competence and coping H. Moos (Ed) Human adaptation coping with life crisis (3-16) Toronto, Health and Company.
Murk, (1999): Self-esteem, Research, theory nd practice, New York, Springer Publishing Company.
Nethorton , S., Holmes, D & Walker, C (1999): Child and adolescent psychological Disorder, oxford. Oxford University Mess.
Newton, J (1988): Preventing Mental illness. London, Routledge.
Norton, K. & Dolan, B. (1996): Personality disorder and parenting in M. Gopfert, J. Webster, M. Seeman (Eds) parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families (pp 219-232) Combridge University Press.
Papalia, P. & Ólds, S.(1996): A child's world: Infancy through adolescence (7th Ed) New York, Mcgraw – Hill.
Pargament, K. & Park, C. (1997): In Times of Stress the Religion – Coping connection in B. Spilka,and D., Mcintosh (Eds) the psychology of religion: Theoretical Approaches, (pp 43-53),Colorado, Harper Collins Publishers.
Parker, G. (1983): Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development New York, Grune and Stratton.

Parker, J. & Asher, S. (1995): Peer and later personal adjustment are low accepted children at risk? In J. Demetre,(ED) An: Introductory reader in developmental psychology, (pp. 381-448). Greenwish University Press.

Parker, J. & Asher, S.(1993): Frindship and friendship Quality ihn middle childhood links with peer groups acceptance and feelings of lonelines and social dissatisfaction. Developmental Psychology, 29, (4), 611-621.

Pitzer, M. & Hock, El. (1989): Employed mothers concerns about separation from the first and second, Born child. Research in Nursing & Health, 12, pp 123 – 128.

Prinz, R. & Miller, G. (1996): Parenting interventions for children at risk for conduct disorder in R. Peter and M. Mamohon (Eds) preventing children disorders, Substances abuse and delinquency (pp 161-183) London, Sage Publishers.

Rohner, E.C.; Chaille, C. & Rohner R.P. (1980): Perceived parental acceptance – rejection and the development of children's locus of control. Journal of Psychology, 104, 83 – 86.

Rohner, R.P. (1975): They love me, they love me not: A worldwide study of the effects of parental acceptance and rejection. New Haven: Hraf Press.

Rohner, R.P. (1986): The Warmth Dimension: foundations of Parental Acceptance / Rejeciton Theory, California, Sage Publications.

Ross, D. & Ross, S. (1982): Hyperactivity: Current issues, Research and theary (2nd ed) New York, Wiley.

Rudolph, K., Hammen C. & Burge, P. (1995): Cognitive representations of self,family and peers in school age children: links with social competence and sociometric status. Child Development, 66, 1385-1402.

Rudolph, K., Hammen C. & Burge, P. (1995): Cognitive representation of self , family and peers in school age children: links with social competence and sociometric station. Child Development, 66, 1385 – 1402.

Rutter, M. (1975): Helping troubled children. New York. Penguin Books.

Rutter, M. (1978): Early sources of security and competence in J. Bruner, and A Garton, (Eds) Human growth and adaptation, London, Oxford University Press.

Rutter, M. (1979): Protective factors in children's responses to stress and disadvantage in M. Kent & E R of (Eds) Primary preventon For psychopathology (Vol. 3) Hanvor University of New England.

Rutter, M. (1983): Stress, coping and development: Some issues and some questions in N. Garmezy & M. Rutter (Eds) stress. Coping and development in children. New York, McGraw Hill Book Company.

Rutter, M. (1990): Psychological resilience and protective mechanisms. In J. Rolf. A. Masten. D. Cicchetti, K. Nuechterlein., and S., Weintraub., (Ed) Risk and protective factors in the development of psychopathology. (pp. 181 - 214). Cambridge University Press.

Rutter, M. (1996): Stress research: Accomplishments and tasks ahead, in R.J. Haggerty, L.R. Sherrod, N. Garmezy and M. Rutter (eds), Stress, Risk and Resilience in Children and Adolescents: processes, Mechanisms and Interventions. (pp 354-385). Cambridge: Cambridge University Press.

Rutter, M. (1998): Deveopmental catch-up, and deficit following adaption after severe global early privation, Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 39, No. (4), pp 463-76.

Salama, M. (1990): Perceived parental rejection and cognitive distortions. Risk factor for depression. The Egyptian Journal of Mental Health. Vo. 31, pp. 1 – 17.

Sanders, C. (1988): Risk factors in bereovement. Journal of social Issues. Vol. 114, No 3, 97-112.

Sarafino, E.(1994): Health psychology, New York, John Wiley and Sons.

Scott, J., Mark, J., & Beck, A.T., (1989): Cognitive therapy in clinical pratice. An Illustrative case- Book New York : Routledge.

Seeman, M. (1996): The mother with schizophrenia in M. Gopfert, J. Webster and M. Seeman (Eds) Parental psychiatric disorder, (pp 140-200) Combridge University Press.

Sharp S. & Cowie, H. (1998): Counseling and supporting children in distress London. Sage Publicatons.

Sheets, V. (1996): Appraisals of negative events for preadalescents and children of divorce. Child Development 61, 2166-2182.

Shulman, S. & Krenke, S. (1997): Fathers and adolescents. Developmental and Clinical Perspectives. London, Routledge.

Simons, R. & Gordon, L. (1998): Socialization in the family of origin, and male dating violence: A perspective study. Journal of Marriage and the Family, Vol. 60, pp. 467-478.

Simpson, J., Rhales, W. & Phillips, D. (1996): Conflict in close relationships: An attachment perspective.Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 71, No. 5, P. 899-914.

Spielberger, C. (1978): Anxiety as an emotional state in C.D. Spielberger & I.G. Sarason (Eds) stress and anxiety (pp. 33 – 49). London, Jophn Wiley & Sons.

Steinberg, S. & Johnson, C.(1999): Eating disorders. In S. Netherton, D.Holmes and E. Walker, (Eds) child and adolescent psychological disorders (pp 397-414).Oxford. Oxford University Press.

Stienberg, L. (1993): Adolescence (3rd Ed) New York, McGraw. Hill.

Synder, C. R. (1999): Coping: the psychology of what work. Oxford University Press.

Synder, C.R. (1994): The psychology of Hope. New York, the Free Press.

Tennen, H. & Affleck, G. (1999): Finding Benefits in adversity in snyder (Ed.) Coping: The psychology of what works, pp. (279-303) Oxford University Press.

Thompson, R. (2004): Crisis intervention and crisis management, New York, Routledge.

Velleman, R. (1996): Alcohol and drug problems in parents: An overview of the impact on children and the implication for practice in M. Gopfert, J. Webster, and M. Seeman, (Eds) parental psychiatric disorder distressed parents and their families (pp 233-243) Cambridge University Press.

Veschueren, K. & Marcoen, A.(1996): The internal working model of the self-attachment and competenece in five-year olds.Child Development, 67, (3), 2493-2511.

Vrasti, R. & Eisman,M. (1994): Perceived parental reasing behavior in Alcoholic in C. Perris., W. Arrindell and M.Eisemann (Eds) Parenting and Psychopathology (pp 201-218) New York, John Wiley and Sons.

Wallerstein, J. (1983): Children of divorce; stress and developmental tasks: in N. Garmezy and M. Rutter (Eds) stress coping and development in children (pp 265-302) New York, McGraw Hill Book Company.

Waters, E. & Cummings, M. (2000): A secure base from which to explore close relationships. Child Development, 71,(1), 164-172.

Wiggins- J, Wiggins, B & Zanden J (1994): Social psychology. New York, Mcgraw – Hill.

Wills, A. T. & Langner, T.S. (1980): Socioeconomic status and stress in L. Kutach and L.B. Schelesinger (Eds) stress and anxiety (pp. 159-188). London: Jassey Bass Publishers.

Wolfe, D.(1985): Child – abusive parents:An empirical review and analysis.Psychological Bulletin, 47, (1), 462-482.

Word, R. & Pritchard, C. (1974): The family dynamics of school Phobias, British Journal of Social Workers, 4, (I).

Wurtele, S. (1997): Sexual abuse in R.Ammerman and M. Heresen, (Eds) Handbook of prevention and treatment with children and adolescents (pp 357-384) New York . John Wiley and Sons.

هذا الكتاب

يعد إضافة قيمة فى مجال الطفولـــة ومشـــكلاتها لانفراده بتناول عوامل الخطورة وطرق الوقاية والعلاج من حيث:

- مناقشة عوامل الخطورة ودورها فى ظهور واستمرار المشكلات النفسية للأطفال، وطرق تأثيرها، ومستوياتها وأهم مصادرها سواء الخاصة بالطفل (العمر - النوع - الحالة المزاجية) أو الخاصة بالأسرة (التعرض لخبرات الفقد - الطلاق - المرض النفسى والعقلى للوالدين - إدمان الوالدين - المعاناة الاقتصادية - السلوك الإجرامى للوالدين) وكذلك عرض بعض فوائد التعرض للضغوط والأزمات من منطلق الاعتقاد فى إيجابية الإنسان ومرونته وقدرته على تخطى أزماته.
- مناقشة مفهوم الوقاية النفسية للأطفال من حيث مستوياتها وإجراءاتها والحاجة إليها، أهم مصادرها.
- عرض البروفيل النفسى للأطفال المقاومين للضغوط.
- عرض بعض المشكلات النفسية للأطفال من حيث أسبابها وأعراضها وتشخيصها وطرق علاجها.